Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B., O. Bollinger, München, H. Curschmann, Leipzig, C. Gerhardt, Berlin, W. v. Heineke, Erlangen, G. Merkel, Nürnberg, J. v. Michel, Würzburg, H. v. Ranke, München, F. v. Winckel, München, H. v. Ziemssen, München.

№ 49. 7. December 1897

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70.

44. Jahrgang.

Originalien.

Aus der kgl. Universitäts-Ohrenklinik des Geh. Medicinalrathes Prof. Dr. Schwartze zu Halle a. S.

Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den intracraniellen Complicationen der Otitis.

Von Privatdocent Dr. *Grunert*, I. Assistent der Klinik.

Die im letzten Jahrzehnt erschienenen Arbeiten über die vom Ohr ausgehenden Erkrankungen des Schädelinhaltes zeigen wohl, wie sehr diese Erkrankungen im Mittelpunkte des otiatrischen Interesses stehen, können aber auch den Glauben erwecken, dass wir es in diesem Theile unserer Disciplin mit einem schon abgebauten Felde zu thun haben, so dass es kaum noch lohnt, weiteres casuistisches Material herbei zu bringen. Und doch weiss der kundige Leser, dass die Zahl der Fragen auf diesem Gebiete, welche noch einer eindeutigen Lösung harren, nicht gering ist. Ich erinnere z. B. an die Frage der otogenen Pyaemie, welche durch eine neuere Arbeit Leutert's[1]) eine ganz neue Beleuchtung erfahren hat. Unter diesen Umständen halte ich es für berechtigt, einige neuerdings in unserer Klinik beobachtete Fälle anzuführen, und hoffe, dass dieser oder jener Fall sich als Baustein bewähren wird, manche Lücke in unserem Wissen auszufüllen.

A. Drei Fälle von sogenanntem tiefen, otogenen Extraduralabscess.

Der Extraduralabscess, d. h. die Eiteransammlung zwischen Schläfenbein und Dura, ist der häufigste intracranielle Folgezustand der Otitis. Dabei ist ein seltenes Vorkommniss, dass die Extraduralabscesse ihren Sitz in der Tiefe, an der hinteren inneren Fläche der Felsenbeinpyramide haben. Sie werden meistens inducirt durch Labyrintheiterungen, indem der Eiter auf der Bahn des Aquaeductus vestibuli nach der Schädelhöhle vordringt oder von dem oberen, resp. unteren verticalen Bogengange aus sich mittels eines fistulösen Durchbruches einen Weg in die Schädelhöhle bahnt.

Jansen[2]) u. [3]) gebührt das Verdienst, zuerst auf die anatomische wie klinische Bedeutung dieser Abscesse hingewiesen zu haben. Er hat uns nicht nur gelehrt, unter welchen Verhältnissen wir diese Affection in das Bereich unserer diagnostischen Erwägungen ziehen sollen, sondern auch einen Operationsmodus angegeben, mittels dessen wir zielbewusst jene Abscesse entleeren und damit das sonst aussichtslose Leiden zur Heilung bringen können. Bereits im Jahre 1893 publicirte er einen Fall von Eröffnung des Abscesses, sowie des Eiter enthaltenden Ohrlabyrinths, welcher den Beweis der Heilbarkeit der uns hier interessirenden Krankheit erbrachte.

Als andere Möglichkeiten des Zustandekommens erwähnt Jansen[3]) die Fortleitung der Eiterung längs des N. facialis und petrosus superf. major.

[1]) Ueber die otitische Pyaemie. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 41.
[2]) Zur Kenntniss der durch Labyrintheiterung inducirten tiefen extraduralen Abscesse in der hinteren Schädelgrube. Arch. f. Ohrenh. Bd 35, S. 290 ff.
[3]) Bürkner, Verhandlungen der deutschen otolog. Gesellschaft auf der 4. Versammlung zu Jena. Jena, bei G. Fischer, 1895.
[4]) Ueber Erkrankungen des Felsentheils und des Ohrlabyrinths in Folge der acuten eitrigen Mittelohrentzündung. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 42 S. 128 ff.

Damit sind aber keineswegs die Wegleitungen erschöpft, wie ein neuerdings von Habermann[4]) mitgetheilter Fall, sowie die Erfahrungen unserer Klinik beweisen. In dem Habermann'schen Falle war die Eiterung durch den Knochen des Felsentheils, wahrscheinlich längs des Gefässbündels der Fossa subarcuata nach Innen bis zur Dura gelangt, hatte dort zur Bildung eines extraduralen Abscesses geführt, der dann weiter nach Innen ging und sich auch an der hinteren Wand der Pyramide herabsenkte. Der Abscess war dann secundär durch den hinteren Bogengang in's Ohrlabyrinth und weiter noch in's Mittelohr durchgebrochen. Wir sehen also hier, dass im Gegensatz zu den Jansen'schen Fällen secundär sich eine Labyrintheiterung dem tiefen Extraduralabscess anschliessen kann.

Auf einem anderen als dem hier geschilderten Wege kam es in unserem ersten Falle zur Bildung des tiefen Extraduralabscesses. Die eingehende Schilderung dieses Falles kann hier unterbleiben, weil derselbe bereits in extenso in meiner Arbeit über den Extraduralabscess[5]) beschrieben worden ist. Der Abscess hatte seinen Sitz in der Gegend des Foramen lacerum sinistrum. Zugleich bestand Sequesterbildung an der Pyramidenspitze, Defect in der Dura, durch welchen der Abscess in den Subarachnoidealraum hindurchgebrochen war und nun zur Entstehung einer eitrigen Leptomeningitis geführt hatte, Usurirung des Keilbeinkörpers und Senkung des Abscesseiters in die Weichtheile des Pharynx. Die Section liess es in diesem Falle nicht zweifelhaft erscheinen, dass der Eiter auf dem Wege eines feinen Fistelcanals zwischen Paukenhöhle und Canalis caroticus in den letzteren gelangt war und von hier aus zur Pyramidenspitze. Zum Beweise dieser Behauptung sei die entsprechende Stelle aus dem Auszuge des Sectionsprotokolles angeführt:

«Die Knochenpartie der Pyramidenspitze, welche die hintere Wand des Canalis carotic. horizont. bildet, fehlt. An dieser Stelle findet sich noch ein kleiner Sequester; die Carotis ist hier ganz nach vorn gedrängt und zu einem dünnen Rohr mit stecknadelkopfgrossem Lumen zusammengeschrumpft. Die Sonde gelangt nach unten in einen von dem ursprünglichen Herd an der Pyramidenspitze ausgehenden retropharyngealen Senkungsabscess. Durch Druck mit dem Finger auf die entsprechende Stelle im Pharynx lässt sich ein Fingerhut voll Eiter nach oben entleeren. Spritzt man in das Ostium tymp. tubae E., so dringt vom carotischen Canal aus durch eine kleine Oeffnung in der hinteren Wand desselben Wasser in die Abscesshöhle. Desgleichen gelangt das Wasser bei Einspritzen in den carotischen Canal in den Abscess. Weiterhin wurde eine feine Fistel zwischen Paukenhöhle und carotischem Canal durch Sondirung festgestellt.»

Man hat bis vor Kurzem trotz diesbezüglicher Mittheilungen von v. Tröltsch und Gruber dem carotischen Canal nur eine untergeordnete Bedeutung als Weg, auf welchem eine Ohreiterung sich in die Schädelhöhle ausbreiten kann, beigemessen, insbesondere ist dieser Weg in seiner Bedeutung für die Bildung tiefer Extraduralabscesse meines Wissens bisher in der Literatur noch nicht bekannt. Der eben geschilderte Fall im Verein mit den Ver-

[5]) Ueber otogene extradurale Abscesse und Eiterungen. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 43.

öffentlichungen von Körner[6]) und Edgar Meier[7]) (aus der Schwartze'schen Klinik) wird hoffentlich zur grösseren Würdigung der Bedeutung des Canalis carot. in dem beschriebenen Sinne beitragen.

Die Krankengeschichte unseres zweiten Falles von tiefem Extraduralabscess sei wegen des Interesses, welches sie darbietet, ausführlicher wiedergegeben:

Friederike M., 51 J., Zimmermannsfrau aus Aschersleben, rec. am 22. VI. wegen rechtsseitigen acuten Empyems des Proc. mast., gestorben am 5. VII. 1897.

Pat. leidet seit Jahren an Ozaena; ohrkrank will sie noch nie gewesen sein. Seit vorigem Winter hat die Kranke auf ärztlichen Rath die Nasendouche regelmässig angewandt. Vielleicht im Anschluss an die Douche traten vor 3 Wochen Schmerzen im rechten Ohr auf. Einige Tage später zeigte sich Schwellung und Druckempfindlichkeit hinter dem Ohr. Die Schmerzen im Ohr liessen nach, ohne dass Eiterung bemerkt wurde. Vom Arzt wurde die Ohrerkrankung mit Alauneinträufelungen behandelt. *Stat. praes.*: Gut genährte Frau von etwas blassem, pastösem Aussehen. Objectiv kein Schwindel nachweisbar. Innere Organe ohne abnormen Befund. Urin ohne Z. u. E.

Geringes Oedem hinter dem rechten Ohr auf dem Planum mast. und an der Spitze des Proc. mast.; geringe Druckempfindlichkeit. Der rechte Gehörgang ist durch Schwellung der hinteren oberen Wand fast schlitzförmig stenosirt, so dass man durch den Spalt nur einen Theil des mit macerirtem Epidermisüberzug versehenen Trommelfells übersehen kann. Links: Trübung und leichte Einziehung des Trommelfells.

Functionsprüfung: Leise Flüstersprache rechts 20 cm, links 4 m. C_1 vom ganzen Schädel nach rechts. Fis_4 rechts bei starkem Fingerkuppenanschlag, links normal. C_1 rechts stark, links kaum herabgesetzt.

Beim Katheterism. tub. rechts Rasseln.

Chronische, foetide Rhinitis (Ozaena) rechts mit Atrophie der Nasenmuscheln. Chronische Pharyngitis. Temperatur normal. *Therapie*: Eisbeutel hinter das Ohr, Nasenspray, Gurgelungen. 29. VI. Seit der Aufnahme haben sich die Schmerzen besonders Abends und Nachts vermehrt. Gehörgang völlig stenosirt. 29. VI. Aufmeisslung rechts: Weichtheile normal; Blutpunkte über dem Planum mast. und der Spitze des Proc. mast. vermehrt. Bei den ersten Meisselschlägen quillt Eiter aus dem oberen Theil der Spitze hervor. Sämmtliche Zellen des Warzenfortsatzes von der Spitze bis über die Linea temp. hinauf mit Eiter erfüllt. Der Knochen überall morsch, kann grösstentheils mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Viele Zellwände durch Granulation durchbrochen. Im Antrum selbst nur wenig Eiter, aus der Paukenhöhle dringt kein Eiter hervor. Der Sulcus sigmoid. hebt sich scharf ab und ist oberflächlich arrodirt. Bei dem Wegmeisseln einer solchen arrodirten Partie wird der normal aussehende Sinus freigelegt.

Der Wundverlauf war zunächst ein normaler, die Patientin machte den Eindruck der Reconvaleszenz. Die Temperatur, welche vor der Operation normal gewesen war, zeigte auch zunächst nach derselben ein normales Verhalten.

Am 3. VII., dem 4. Tage post. operat. hatte die Kranke morgens 37,0° C. Abends 39,1°. Klage über Kopfschmerzen; lässt Urin unter sich gehen. Appetitlosigkeit. Wundränder leicht geröthet. Augenhintergrund normal. (Dr. Sandmann, I. Assistent der kgl. Augenklinik.) Essigklystier. Eisblase auf den Kopf.

4. VII. Nachts mit Unterbrechungen geschlafen. Morgentemperatur 38,2. Allgemeinbefinden besser. Kopfschmerzen. Allmählicher Abfall des Fiebers. Abendtemperatur 37,8

5. VII. Morgentemperatur 37,2° C. Etwas Appetit. Mittags Erbrechen. Temperatur 38,9. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Hinterkopf. Frostgefühl. Nachmittags steigt das Fieber auf 39,6. Sensorium wird benommen. Augenhintergrund normal. (Dr. Sandmann.) Von 7 Uhr an völlige Bewusstlosigkeit. Temperatur 40,6°. Athem setzt zeitweise aus, Puls klein, fadenförmig. Deviation des linken Auges. Aetherinjection. 11¼ Uhr Exitus letalis.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll:

Schädeldach ziemlich dick und schwer. Im Sinus longit. Fibringerinnsel und Cruor. Pia rechts an wenigen Stellen leicht getrübt. Innenfläche der Dura links hinten imbibirt. Pia über dem linken Stirnhirn, besonders im Gefässverlauf stärker getrübt. Die Spitze des rechten Schläfenlappens ist der Dura adhaerent. Beim Hervornehmen des Gehirns sammelt sich in der Schädelgrube eine reichliche Menge trüber, wässriger, zum Theil mit Fibrinflocken vermischter Flüssigkeit. Dura der hinteren Schädelgrube ist mit einem hauchförmigen, kaum sichtbaren gelblichen Belage bedeckt. Dura über der rechten Felsenbeinpyramide lässt grauröthlich gefärbten Knochen durchschimmern. Im rechten Sinus sigm. steckt ein Blutgerinnsel von dunkelrother Farbe, in dessen Mitte sich eine hellere, grauröthliche, derbere, etwas gekörnte Partie befindet, doch ist das Ganze nirgends der Wand adhaerent. Die Subarachnoidealräume über dem Kleinhirn enthalten dicken, grüngelblichen Eiter. Pia an der Basis eitrig infiltrirt bis zum Chiasma der Sehnerven, von da an nach vorn noch ein Stück Trübung. Auch die dorsale Fläche des Kleinhirns eitrig infiltrirt. Im Hinterhorn des l. Seitenventrikels etwa 15 ccm gelben Eiters, auch im hinteren Theil des Hinterhorns des rechten Seitenventrikels einige Tropfen Eiter. Gehirn ist von guter Consistenz, ziemlich blass, etwas feucht. *Nach Entfernung der Dura der Schädelbasis findet sich an der vorderen oberen Fläche der linken Schläfenbeinpyramide zwischen Labyrinth und der Spitze ein Substanzverlust von 4 mm Breite, welcher mit Eiter erfüllt ist und nach hinten bis an den Sinus petrosus superior reicht, in welchem ein etwas fest anhaftendes grauröthes Gerinnsel steckt.* Die übrige Körpersection ergab noch Bronchitis, chronische Pleuritis, Lungenoedem, Hydrothorax. *Die Section des Schläfenbeines ergab Freisein des Labyrinths und des Canalis carot. von Eiter. Grauröthlicher ostitischer Herd in der Spitze der Pyramide benachbart dem Extraduralabscess.*

Epikritische Bemerkungen. Die tödtliche eitrige Leptomeningitis ist auch in diesem Falle durch einen tiefen, an der Vorderfläche der Felsenbeinpyramide gelegenen extraduralen Abscess inducirt. Der Abscess hatte zugleich eine Thrombose des Sinus petros. sup. hervorgerufen, welche indess einen Einfluss auf den klinischen Verlauf nicht ausgeübt hat. Auf welche Weise der tiefe Extraduralabscess entstanden ist, entzieht sich bisher, wo die mikroskopische Untersuchung des Felsenbeins noch nicht ausgeführt ist, dem objectiven Nachweise. Negativ lässt sich aber so viel sagen, dass weder der Canalis caroticus den Entzündungsweg abgegeben, noch auch eine Labyrintheiterung das ursächliche Moment der Abscessbildung gewesen ist. Sprach schon die Functionsprüfung gegen das Vorhandensein einer Labyrintheiterung, so konnte dieser Weg auch dadurch ausgeschlossen werden, dass sich die Labyrinthhöhle bei ihrer Eröffnung frei von pathologischen Veränderungen zeigte. Jedenfalls hat sich die hochgradige Ostitis der Mittelohrwandungen, wie sie die Operation aufdeckte, bis tief in die Pyramide hinein erstreckt (cf. Sectionsbefund des Schläfenbeins) und ist die Vermittlerin des Extraduralabscesses gewesen. Das Vorkommen einer derartig tief sich bis in die Pyramide erstreckenden Ostitis bei acuter Mittelohreiterung hat auch neuerdings Habermann (l. c.) mikroskopisch erhärtet. In klinischer Hinsicht bietet der Fall noch manches Interessante dar. Wir sehen zunächst eine scheinbar harmlose Otitis vor uns, die wahrscheinlich entstanden ist durch den Gebrauch der wegen Ozaena angeordneten Nasendouche. Die Mastoiditis unterschied sich in nichts von einer gewöhnlichen acuten Warzenfortsatzerkrankung. Vor der Operation bestand kein Anzeichen, welches auf eine schon bestehende intracranielle Erkrankung hinwies. Bei der Operation wurde nichts Verdächtiges aufgedeckt, und die ersten Tage nach dem Eingriff verlebte die Kranke in scheinbarer Reconvaleszenz. Am 4. Tage nach der Operation plötzlich hohes Fieber. Zunächst dachten wir, da die Wundränder sich bei dem Verbandwechsel geröthet zeigten, an eine Wundinfection, an die Möglichkeit des Eintritts eines Erysipels. Weiterhin musste die Möglichkeit einer Sinusphlebitis in das Bereich der diagnostischen Erwägungen gezogen werden, ebenso wie die Möglichkeit einer Leptomeningitis, um die es sich dann auch handelte und welche am dritten Tage schon den tödtlichen Ausgang herbeiführte. *Wir lernen aus dem Falle, wie vorsichtig man mit der Prognose selbst in so scheinbar harmlosen Fällen acuter Mastoiditis sein muss! Ein durch sein heimtückisches Verhalten sich auszeichnender, nicht diagnosticirbarer tiefer Extraduralabscess kann hier plötzlich alle Bemühungen zu schanden machen, wo man schon in dem schönen Wahne lebt, den scheinbaren Reconvalescenten bald gesund zu sehen!*

Von mehr Glück begleitet waren unsere therapeutischen Maassnahmen in einem dritten Falle, wo die operative Verfolgung einer äusseren Wegleitung uns auf den tiefen extraduralen Abscess hinführte, dessen noch rechtzeitige Entleerung den Kranken vor dem Eintritt einer letalen Leptomeningitis schützte. Zunächst ein Auszug aus der Krankengeschichte:

[6]) Fortschreiten von Krankheiten der Paukenhöhle durch den carotischen Kanal in die Schädelhöhle. Zeitschr. für Ohrenheilk. 23, 230.

[7]) Zur Fortleitung otitischer Eiterungen in die Schädelhöhle durch den Canalis caroticus. Arch. f. Ohrenheilk. 38, 259 ff.

Wilhelm A. 32 Jahre, Stellmacher, Bernterode bei Nordhausen. Aufgenommen am 12. VIII. 1897 wegen rechtsseitiger chronischer Eiterung mit obturirenden Polypen.

Anamnese: Patient gibt an, dass sein rechtes Ohr seit Kindheit läuft. Ursache unbekannt. Nach einem Influenzaanfall im Frühjahr ds. Jrs. sei die Eiterung reichlicher. Zeitweise Sausen. Seit 14 Tagen Gefühl von Unwohlsein, Mattigkeit, Unfähigkeit, so wie früher zu arbeiten, manchmal Flimmern vor den Augen. Gefühl von Schwere im Kopf. Die Entfernung zweier kleiner Polypen in dem Ambulatorium der Klinik brachte ihm etwas Erleichterung.

Stat. praes: Kräftiger Mann, Ernährung mässig. Gibt präcise Antworten. Objectiv Schwindel nachweisbar (schwankt beim Gehen mit geschlossenem Augen). Pupillen gleich weit, reagiren normal. Augenhintergrund ohne Besonderheiten. Facialisparese rechts. Innere Organe ohne Befund, Urin zucker- und eiweissfrei.

Die Umgebung des rechten Ohres ist normal.

Im rechten Gehörgang ein obturirender Polyp, Trommelfell nicht zu übersehen. Links Gehörgang- und Trommelfellbefund normal.

Functionsprüfung: Flüstersprache rechts nicht gehört. C_1 vom Scheitel nicht ausgesprochen nach rechts. Fis4 rechts hochgradig herabgesetzt, beim Katheterism. rechts: leises Blasen Patient fühlt Erleichterung danach.

Temperatur 38,0°. Puls 80; regelmässig und kräftig.

13. VIII. Operative Freilegung der Mittelohrräume: Weichtheile normal. Corticalis sehr blutreich. Beim 1. Meisselschlage wird der abnorm weit nach vorn verlagerte Sinus sigmoid. freigelegt. Da kein Raum vorhanden war, um zwischen Sinus und hinterer knöcherner Gehörgangswand in das Antrum mast. zu gelangen, wird der knöcherne Gehörgang erweitert durch Fortnahme concentrischer Schichten von der hinteren knöchernen Wand. Von hier aus wird das Antrum sowie sämmtliche Mittelohrräume freigelegt. Grosses zerfallenes Cholesteatom in sämmtlichen Mittelohrräumen. Von der hinteren knöchernen Gehörgangswand steht nur eine ganz laterale Brücke. Eine polypöse Granulation stammt aus dem Antrum, eine zweite hat ihren Ursprung an der Labyrinthwand. Nekrose der Labyrinthwand; der Canalis Fallopiae liegt so frei, als wenn er aus seiner Umgebung herauspräparirt wäre. Oben liegt die Dura frei, von Granulationen bedeckt. Extrasinöser Eiterherd freigelegt. Spaltung etc.

Die Temperatur, welche am Abend vor der Operation eine Höhe von 38° hatte, war am Operationstage 37,4—38,1, am nächsten Tage 37,0—37,0, dann 37,0—38,2, 37,3—37,6. Dann vollkommen normales Verhalten bis zum 25. Tage post operationem, wo dieselbe 37,4—39,3 betrug. Vom nächsten Tage an bis jetzt vollkommen normal.

14. VIII. Facialislähmung ausgesprochen. Im Uebrigen Befinden gut.

17. VIII. Geringe Differenz der Pupillen bemerkt (rechte grösser als linke). Beide reagiren gut auf Lichteinfall.

18. VIII. 1. Verbandwechsel. Lappen liegen gut an, kein Foetor. Stuhl immer angehalten. Klysma.

28. VIII. Starke Granulation auf dem freigelegten Sinus. Granulationen sehen schmierig grau aus. Viel Secret. Täglich Spülung mit Kochsalzlösung.

8. IX. Temperatur 37,4, Abends 38,5, in der Nacht ansteigend bis 39,3. Im Augenhintergrund rechts Papillengrenze erkennbar. Links vollständiges Verwaschensein der Papille. Nachts starker Schweiss. Abfall der Temperatur.

9. IX. Fieberfrei. Beiderseits ausgesprochene Neuritis optica. Schlängelung der Gefässe bis in die Peripherie. Sehvermögen nicht bemerkbar herabgesetzt. (Dr. Sandmann.) Guter Appetit. Puls gespannt, hohe Elevation.

13. IX. Fieberfrei. Der Befund des Augenhintergrundes rechts besserte sich vom 10. IX. an. Links noch starke Neuritis optica nachzuweisen. Geringe Mattigkeit. Patient gibt die Zahl der Tage, an denen er im Bett gelegen hat, falsch an. Sonst nichts Auffälliges. Puls normal.

19. IX. Papille rechts etwas deutlicher. Links unverändert. Sonst Wohlbefinden.

29. IX. In der Tiefe der Paukenhöhle und im Aditus schmierig aussehende starke Granulationswucherungen, welche trotz starker Aetzungen (auch Galvanokauter) rasch wieder wachsen. Die Secretion wird stärker.

30. IX. Sehr starke Secretion. Kurz nach dem Verbinden ist der Verband wieder getränkt von foetidem Eiter. Im Antrum ist eine kleine Stelle sichtbar, aus welcher foetider Eiter hervorpulsirt. Sofort nach dem Abtupfen stürzt der Eiter wieder nach. Allgemeinbefinden, wie sonst, gut.

1. X. Deutlich 2 Fisteln sichtbar, eine dem Promontorium entsprechend, die andere im horizontalen Bogengang. Aus diesen Fisteln stürzt Eiter, resp. Jauche in solchen Mengen hervor, dass in Kurzem die ganze grosse Operationshöhle damit erfüllt ist. Das Resultat der Functionsprüfung ist dasselbe wie bei der Aufnahme. Infiltration der seitlichen Halsgegend.

2. X. 2. Operation. Wiederfreilegung des Operationsfeldes durch Vorklappung der Ohrmuschel etc. Von der dem Promontorium entsprechenden Fistel aus wird durch Erweiterung der Fistelöffnung mit dem Meissel das Labyrinth breit eröffnet. Das ganze Labyrinth ist umgewandelt in eine grosse, von Granulationen und Eiter erfüllte Höhle, in welcher sich 2 Sequester, Theile der nekrotisch en Schnecke, befinden. Beim tieferen Eindringen nach der Spitze der Felsenbeinpyramide zu dringt die dicke Sonde plötzlich in einen an der vorderen inneren Pyramidenfläche gelegenen extraduralen Abscess, ein Schwall Jauche quillt plötzlich aus der Tiefe. Mit Meissel und scharfem Löffel wird der erweichte Knochen so weit fortgenommen, bis der Theil der Dura, welcher der vorderen inneren Pyramidenfläche entspricht, freigelegt ist. Von der Gegend der Pyramidenspitze — die Entfernung, in welcher die Sonde von der Corticalis aus in die Tiefe vorgeschoben wurde, betrug 6 cm —, noch ein Sequester extrahirt mit der Kornzange, bei dessen Entfernung wieder ein Schwall Jauche hervorquoll. Die extradurale Abscesshöhle mit der Sonde abgetastet, Granulationen in reichlicher Menge darin. Am Halse grosse Lymphdrüse exstirpirt. Die grosse Operationshöhle locker mit Jodoformgaze tamponirt.

3. X. Nach der Operation grosse Erleichterung, «leichter im Kopf». Kein Erbrechen. Wenig Eiter im Verband. Erst beim Einführen eines kleinen Tampons in die Tiefe der Höhle, welcher beim Herausziehen wie der Stempel einer Spritze ansaugend wirkt, quillt im Strahl reichlicher Eiter aus der Abscesshöhle. Drain.

6. X. Bisher täglich 2maliger Verbandwechsel. Jedesmal viel Eiter entleert. Statt des Drains wird wieder ein Jodoformstreifen in die Abscesshöhle geführt. Temperatur normal, Puls o. B.

8. X. Gestern reichliche Eiterentleerung. Heute auffallend geringe Secretion aus der Tiefe, sowohl früh, wie abends. Gutes Wohlbefinden.

9. X. Aus der Tiefe, d. h. der Abscesshöhle quillt kein Eiter mehr hervor, auch beim Sondiren nicht.

30. X. Die Tiefe füllt sich mit gesunden Granulationen aus. Keine Fistel mehr beobachtet. Allgemeinbefinden sehr gut.

Befund vom 3. XII. Die grosse Höhle fast vollkommen epidermisirt. Befinden ausgezeichnet. Gewichtszunahme seit der 2. Operation 12,5 Kilo.

Epikritische Betrachtung des Falles. Dieser Fall bietet Interessantes dar in anatomischer wie klinischer Hinsicht. In anatomischer Hinsicht ist zunächst der Sitz des Abscesses sehr beachtenswerth. Er sass in der Gegend der Spitze der Pyramide, — die Entfernung von der Corticalis des Planum mastoideum bis zum Fond der Abscesshöhle betrug 6 cm — und zwar an der vorderen Fläche derselben. Diese Localisation ist gewiss eine sehr seltene. Die Jansen'schen (l. c.) Fälle von tiefem, durch Labyrintheiterung inducirtem Extraduralabscess, hatten ihren Sitz an der hinteren Fläche der Pyramide.

Es ist selbstverständlich viel schwieriger, sich bei einem so tiefen Operationsterrain so genau über die genaue Localisation und Ausdehnung des Abscesses zu orientiren, als dies in Fällen, die zur Autopsie kommen, der Fall ist. Wenn ich an einem Schläfenbein die ausgeführte Operation wiederhole und nach Ausmeisselung des Labyrinthes von der so gebildeten Höhle aus einen Fistelcanal nach vorn und innen bohre, d. h. in der Richtung, wie bei der Operation des Kranken die Sonde in die Schädelhöhle vordrang und den Abscess aufdeckte, so gelange ich an der vorderen inneren Fläche der Felsenbeinpyramide an einen Punkt, der gleich weit entfernt ist von der Crista der Pyramide, sowie vom Semicanalis n. Vidiani. Auf welche Weise ist der Abscess entstanden? Mit grosser Wahrscheinlichkeit können wir die ausgedehnte Labyrinthvereiterung mit Nekrose für seine Entstehung verantwortlich machen und werden in der bei der Operation aufgefundenen, in die Schädelhöhle führenden Fistel den Weg erblicken, auf welchem die Eiterung vom Innern der Felsenbeinpyramide aus bis zur Schädelhöhle vorgedrungen ist. Nicht minder nimmt dieser Fall unser Interesse in klinischer Hinsicht in Anspruch. Bei der Aufnahme präsentirte sich uns der Fall als gewöhnliche Form chronischer Erkrankung des Schläfenbeins. Auf eine Complication mit einer intracraniellen Erkrankung wies kein einziges Symptom hin, es müsste denn die geringe Temperatursteigerung sein, welche bei dem Fehlen von Eiterretentionserscheinungen in der Paukenhöhle uns immerhin an die Möglichkeit einer Sinusphlebitis oder eines extrasinuösen Abscesses denken liess. Bei der Operation fanden wir ein grosses Cholesteatom und einen extrasinuösen Herd, der uns zunächst das Fieber zu erklären schien. Die Labyrinthwand war zwar krank, verfärbt, aber eine Fistel, welche aus den Mittelohrräumen in das Labyrinth führte, war nicht zu entdecken. Wir hatten also noch keinen positiven Anhaltspunkt für das Vorhandensein einer Labyrintheiterung. Der Ausfall der Functionsprüfung konnte nicht ohne Weiteres in diesem Sinne gedeutet werden, da nicht selten bei chronischen Mittelohreiterungen labyrinthäre Taubheit besteht, deren anatomisches Substrat nicht eitrige Processe im Labyrinth sind. Mit unseren Hörprüfungs-

methoden können wir wohl eine Läsion des Labyrinthes nachweisen, aber die anatomische Natur der Läsion entzieht sich in der Regel dem objectiven Nachweise. Was speciell Labyrintheiterungen betrifft, so ist deren Diagnose erst gesichert, wenn man eiternde Fistelgänge entdeckt, welche in die Labyrinthhöhle hineinführen. Erst als die Differenz beider Pupillen bemerkbar wurde und dann die Veränderungen am Augenhintergrunde, mussten wir die Möglichkeit des Vorhandenseins einer intracraniellen Complication ins Auge fassen. Die einmalige hohe Fiebersteigerung am 25. Tage post operat. I. bis 39,3 liess uns bei dem Fehlen jeden Kopfschmerzes an eine Phlebitis des Sinus sigm. denken, zumal die demselben aufsitzenden Granulationen stets ein schmieriges Aussehen hatten. Die Verhältnisse wurden erst durchsichtiger, als die beiden Labyrinthfisteln entdeckt wurden und die Menge des aus ihnen herausströmenden Eiters von vornherein die Wahrscheinlichkeit nahelegte, dass nicht nur eine Labyrintheiterung vorhanden sei, sondern der Eiter aus einem tiefliegenden, intracraniellen Abscesse stammte, der sich auf dem Wege des Labyrynths in das Mittelohr entleerte. Mit Rücksicht auf die Mittheilungen Jansen's (l. c.) dachten wir an einen tiefen, extraduralen Abscess an der hinteren Fläche der Felsenbeinpyramide, resp. an einen Kleinhirnabscess. Die Labyrinthfisteln zeigten uns den Weg, dem unser operativer Eingriff zu folgen hatte. Wir fanden ausser der Schneckennekrose den tiefen extraduralen Abscess an der vorderen Fläche der Schläfenbeinpyramide.

Wenn wir diese Fälle noch einmal einem kurzen Gesammtüberblick unterziehen, so lehren sie uns in anatomischer Hinsicht zunächst, dass die vom Ohr ausgehenden tiefen extraduralen Abscesse auf anderen Wegen zu Stande kommen können, als sie Jansen (l. c.), der Begründer der Lehre dieser Abscesse, beschreibt. Insbesondere liefert der 1. Fall den Beweis, dass der Carotiscanal die bisher nicht bekannte Rolle des Wegleiters des Eiters vom Ohr zur Dura zur Bildung eines tiefen Extraduralabscesses spielen kann. Weiterhin ist in unseren Fällen die gewiss äusserst seltene Localisation des Abscesses bemerkenswerth. Schliesslich ist noch hinzuweisen auf die Bedeutung dieser tiefen Extraduralabscesse als Ursache einer Thrombose des Sin. petros. superior, worauf auch schon Jansen hingewiesen. Was lehren uns diese Fälle in klinischer Hinsicht? Können wir vor Allem an ihrer Hand sowie an der Hand der von Jansen publicirten Fälle aus der Berliner Universitäts-Ohrenklinik des Herrn Geh. Rath Lucae irgend welche diagnostischen Anhaltspunkte gewinnen? Die Literatur lehrt uns ja, dass die Abscesse, nicht erkannt und nicht eröffnet, unweigerlich anderweitige letale Folgezustände nach sich ziehen. Nur wenn die Möglichkeit einer rechtzeitigen Diagnose und damit einer rechtzeitigen Eröffnung gegeben ist, können wir hoffen, die Kranken am Leben zu erhalten.

Zunächst ist hervorzuheben, dass in denjenigen Fällen Jansen's sowie in unserem 3. Falle, wo es gelang, durch rechtzeitige Entleerung des Abscesses die Kranken vor der drohenden Gefahr einer Leptomeningitis zu bewahren, der tiefe extradurale Herd gefunden wurde bei der operativen Verfolgung äusserer Wegleitungen; kleine granulirende Stelle an der hinteren oberen Grenze des Antrum über und hinter dem horizontalen Bogengange (Jansen), missfarbige Granulationen, welche sich nach hinten unten vom Antrum bis zur Dura fortsetzen (Jansen), zwei Labyrinth-Mittelohrfisteln (unser Fall).

Wenn keine Wegleitung entdeckt wird, ist es mit der Diagnose dieser tiefen Extraduralabscesse recht unsicher. Die von Jansen (l. c.) aufgestellte Symptomatologie ist desshalb praktisch nicht recht zu gebrauchen, weil die von ihm aufgestellten Symptome nichts Pathognostisches für den tiefen Extraduralabscess haben, sondern ebensogut auf einen Hirnabscess bezogen werden können. «Es erscheint bemerkenswerth, dass alle diese Fälle ohne Fieber verliefen, solange die Complication der Arachnitis fehlte. Das hervorstehendste Symptom war der meist einseitige Kopfschmerz in Stirn, Auge oder Hinterkopf, der nach der Eröffnung des Warzenfortsatzes fortbestand. Schwindel, Uebelkeit und Brechneigung wurden stets gefunden; der Schwindel zeigte sich öfters objectiv durch Schwanken beim Gehen. Einige Male wurde Nackensteifigkeit bereits vor Ausbruch der Arachnitis festgestellt. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab nur einmal Hyperaemie (Fall von Kleinhirnabscess); bilateraler synchronischer Nystagmus in der entgegengesetzten Blickrichtung war in der Mehrzahl vorhanden, in dem Falle von Kleinhirnabscess wurde er in beiden Blickrichtungen constatirt. Mit dem Auftreten des Schwindels war einige Male unerträgliches Ohrensausen verbunden.» Wohl in dem Bewusstsein der Unzulänglichkeit dieser Symptome für eine exacte Diagnosenstellung räth er, in solchen Fällen, wo bei negativem Befunde im Warzenfortsatz und Antrum «sonstige Anzeichen von tiefem Eiterherde am Schläfenbeine bestehen, Fisteln an der medialen Antrumwand ein erhöhtes Maass von Aufmerksamkeit zuzuwenden, sich deren Leitung furchtlos anzuvertrauen und eventuell die hintere Kante des Felsenbeines fortzunehmen.»

Was für diagnostische Anhaltepunkte bietet die retrospective Betrachtung unserer Fälle?

Unser Fall M. beweist, dass ein tiefer extraduraler Abscess vollkommen latent verlaufen kann. Gegen ein derartiges heimtückisches Verhalten eines tiefen extraduralen Abscesses, welcher nicht ein einziges Symptom zeitigte, das uns auch nur die Möglichkeit seines Bestehens hätte nahelegen können, sind wir natürlich vollkommen machtlos. Die Angabe Jansen's, dass die tiefen Abscesse fieberlos verlaufen, so lange sie nicht mit Arachnitis complicirt sind, wird auch durch unsere Fälle, sowie durch den Habermann'schen Fall bestätigt. Diese Thatsache ist wenigstens diagnostisch insoweit wichtig, dass man in Fällen, wo der Verdacht auf ein intracranielles Leiden vorliegt, die Sinusphlebitis und diffuse Leptomeningitis bei fehlendem Fieber sofort aus dem Bereiche der Erwägung ausschliessen kann. Starke einseitige Kopfschmerzen bei negativem Befund im Antrum oder nach Entleerung des Eiters aus dem Antrum, wie sie in unserem Falle, sowie in dem Falle Habermann's bestanden, rechtfertigen ebenfalls nur den Verdacht einer intracraniellen Erkrankung, ohne etwas Charakteristisches für den tiefen Extraduralabscess zu haben. Heftige neuralgische Schmerzen im Gebiete aller dreier Trigeminusäste, wie sie in dem Falle von Habermann bestanden, sind ein Symptom, welches man in Fällen, wo sonst der Verdacht auf das Vorhandensein eines tiefen Extraduralabscesses vorliegt, auf Druck des Ganglion semilunare G. durch den Abscess beziehen kann. Uebrigens hat schon v. Tröltsch auf dieses Symptom bei tiefen Erkrankungen der Schläfenbeinpyramide die Aufmerksamkeit der Fachgenossen gelenkt. Kopfschwere und allgemeine Mattigkeit wird in zwei unserer Fälle angegeben, indess haben diese Symptome doch nichts Charakteristisches für den Extraduralabscess. Ebenso geht es mit den Symptomen Schwindel und Brechneigung resp. Erbrechen; dieselben sind noch mehrdeutiger als die schon angeführten Symptome, insofern als sie von der ursächlichen Labyrintheiterung abhängen können und somit in denjenigen Fällen, wo die Functionsprüfung eine Betheiligung des Labyrinths erkennen lässt, überhaupt nicht zu verwerthen, nicht einmal in dem Sinne des Verdachtes auf eine intracranielle Complication. Ich unterlasse es, die weiteren Symptome zu besprechen, welche die Fälle darboten, da nicht ein einziges pathognostisch ist für den tiefen extraduralen Abscess, und sie in ihrer Gesammtheit nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer intracraniellen Erkrankung, ausgeschlossen die diffuse Leptomeningitis und die Sinusthrombose, gestatten. Es bleiben also von den intracraniellen Erkrankungen differentiell-diagnostisch noch über der mehr oberflächlich sitzende Extraduralabscess in der mittleren Schädelgrube, sowie in der Fossa sigmoidea. Die differentielle Diagnose zwischen tiefen Extraduralabscessen und den mehr an der Schädeloberfläche gelegenen Eiteransammlungen zwischen Dura und Schläfenbein ist unmöglich. Wir können indess die oberflächlichen Abscesse leicht ausschliessen durch eine probatorische Eröffnung der hinteren und mittleren Schädelgrube, ein Eingriff, welcher ja nach den Erfahrungen der jüngeren Zeit als ein durchaus harmloser zu betrachten ist. Nun bleibt aber noch der otogene Hirnabscess, von dem der tiefe Extraduralabscess so lange nicht zu unterscheiden ist, als keine Localisationssymptome, wie z. B. gekreuzte Lähmungen, bestehen. Und dass ein tiefer Extraduralabscess die Veranlassung geben kann, für einen Hirnabscess gehalten zu werden, und dann eine dementsprechende Therapie eingeleitet werden kann, das beweist unser erster, in meiner Extraduralabscessarbeit (l. c.) genauer beschriebene, sowie auch der Habermann'sche Fall;

in beiden Fällen wurde, natürlich vergeblich, auf das Gehirn trepanirt.

Was für Principien für unser therapeutisches Handeln ergeben sich nun aus diesen Verhältnissen? In solchen Fällen, wo wir eine äussere Wegleitung finden, d. h. Fisteln in der hinteren Antrumwand, vertrauen wir uns ihnen mit Jansen furchtlos an und verfolgen sie, bis wir auf den tiefen extraduralen Herd stossen. Finden wir keine Wegleitung bei der Mastoidoperation und sind wir durch die klinischen Erscheinungen gezwungen, das Bestehen einer intracraniellen Complication anzunehmen, welche mit Rücksicht auf das fehlende Fieber keine diffuse Leptomeningitis oder Sinusphlebitis sein kann, so werden wir zunächst durch probatorische Eröffnung der mittleren wie hinteren Schädelgrube oberflächliche Extraduralabscesse ausschliessen. Finden wir an den angegebenen Stellen keinen Eiter, so dürfen wir nicht etwa, in der Annahme, dass ein Hirnabscess vorliegen könne, sofort auf das Gehirn trepaniren. Wir müssen vielmehr daran denken, dass sich hinter den verdächtigen Symptomen ein tiefer extraduraler Abscess verstecken kann und werden zunächst die Localitäten absuchen[8]), welche der Lieblingssitz des tiefen extraduralen Abscesses sind.

An dieser Stelle möge noch eine Bemerkung eingeschaltet werden über einen Fall, der eigentlich nicht hierher gehört, weil es sich nicht um einen tiefen Extraduralabscess handelt, den wir entleert haben, sondern um einen der so häufig vorkommenden oberflächlichen extraduralen Abscesse. In der schon citirten Extraduralabscessarbeit habe ich eine nennenswerthe Anzahl von Fällen zusammengestellt, die das Charakteristische hatten, dass die ursächliche acute Otitis eine entschiedene Tendenz zu rascher Ausheilung zeigte. Durch Zaufal ist nachgewiesen und durch Leutert bestätigt worden, dass es sich in solchen Fällen in der Regel um eine durch Pneumococceninfection hervorgerufene Otitisform handelt. Unser Fall, auf welchen ich kurz zurückkommen möchte, gehört auch hierher und erheischt insofern ein besonderes Interesse, als die Anamnese einen zeitlichen Zusammenhang zwischen einer typischen Pneumonie (Schüttelfrost, hohes Fieber, rostfarbenes Sputum etc.) und der Entstehung einer acuten Otitis ergab. In der Zeit, wo die Pneumonie bestand, bekam der Patient Ohrenschmerzen rechterseits und Ohreiterung. Die acute Eiterung verlief in der für die Pneumococcenotitis charakteristischen Weise. Sie bestand nur kurze Zeit. Nach einem längeren Latenzstadium Zeichen einer acuten Mastoiditis. Der bei der Mastoidoperation entleerte Eiter enthielt Pneumococcen (Dr. Jordan), ebenso der einige Wochen später aufgedeckte extradurale Abscess. Wenn auch durch den Nachweis des zeitlichen Zusammenhanges der Pneumonie und der Otitis der Beweis des ursächlichen Zusammenhanges noch nicht erbracht ist, so ist ein solcher doch wohl mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit in diesem Falle anzunehmen. (Schluss folgt.)

Aus der inneren Abtheilung des Luisenhospitales zu Aachen. (Oberarzt Professor Dr. Dinkler.)

Ein Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Mediastinum und der Lungen.

Von *M. Dinkler*.

Unter den verschiedenen Erkrankungen im Bereiche des Mediastinum haben zweifellos die Erweiterungen der Aorta ascendens und des Arcus aortae sowohl wegen ihrer Häufigkeit als auch wegen der mannigfachen Störungen, welche sie direct und indirect zur Folge haben, eine besondere klinische Bedeutung. Im Vergleich zu anderen Processen, wie z. B. den Tumoren oder der Tuberculose, bieten sie auch vom therapeutischen Standpunkt ein grösseres Interesse, weil es in einer Reihe von Fällen bei frühzeitiger Diagnose gelingt, einen Stillstand der Krankheit für kürzere oder längere Zeit — besonders wenn als aetiologisches Moment, wie so häufig, die Syphilis mitspielt — herbeizuführen.

Am seltensten von allen Erkrankungen des Mittelfellraumes scheinen die syphilitischen Processe im engeren Sinne zu sein; die Literatur über dieses Gebiet der Pathologie ist, wie aus der neuesten monographischen Bearbeitung von F. A. Hoffmann (Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel, Bd. XIII. 3 II.) hervorgeht, so dürftig, dass man von der Mittheilung sorgfältig beobachteter Fälle eine bessere Kenntniss dieser diagnostisch und prognostisch schwierigen Krankheitsform erwarten darf. Ich hatte folgenden Fall vom October 1896 bis 1897 zu beobachten Gelegenheit:

Frau N., 30jährige Kaufmannsfrau aus Holland, consultirte mich Ende October 1896; am 30. December wurde sie zum Zwecke genauerer Untersuchung und consequenter Behandlung in die II. Classe der Privatabtheilung des Luisenhospitales aufgenommen.

Anamnese: Eltern und eine Schwester der Patientin gesund, keinerlei Heredität.

Patientin war als Kind stets gesund, Menses seit dem 16. Jahre, stets regelmässig; im 24. Jahre (1890) verheirathet; 1. Kind im 8. Monat der Gravidität geboren, nach einigen Tagen gestorben, 2 Kind todtgeboren, 3. Kind ausgetragen, Ende September geboren, angeblich gesund. 1889 litt Patientin ca. 4 Wochen an Luftröhrenkatarrh, ohne Haemoptoe; seitdem angeblich vollständig gesund, erkrankte sie im Juni 1896 an Husten und Auswurf; im Juli Haemoptoe; seitdem starke Abmagerung (so erheblich, dass Patientin ihren Trauring vom Finger verloren hat). Nachtschweisse, Hustenreiz, besonders Abends und Morgens; keine Beschwerden von Seiten aller anderen Organe. Von syphilitischer Infection weiss Patientin angeblich nichts.

Status am 22. X.: Blasse, im Gesicht etwas cyanotische, stark abgemagerte Frau; am linken Unterkiefer, etwa 2 cm nach vorn vom Angulus mandibulae ein ca. taubeneigrosser Tumor, welcher mit dem Periost des Kiefers fest verwachsen ist und nach abwärts direct in eine derbe, stark geschwollene Cervicallymphdrüse übergeht; Tumor und Drüse sind auf Druck nicht schmerzhaft und haben eine gleichmässig derbe Consistenz; Zähne und Zahnfleisch, ebenso die Zunge sind nicht erkrankt; keine Veränderungen der Rachenorgane; keine Struma sicht- oder fühlbar; ausgesprochene Dyspnoe, das Athemgeräusch ist laut pfeifend, auf Zimmerlänge hörbar; die Dyspnoe nimmt schon zu bei nahezu sitzender Bettlage und leicht zurückgebeugtem Kopf und wird nach kurzer Zeit so stark, dass die Patientin sich wegen Erstickungsgefühl aufrichten muss. Die Erstickungsanfälle zu Hause waren, nach der Schilderung der Kranken, so schwer, dass die Möglichkeit eines operativen Eingriffes in's Auge gefasst werden musste.

Thorax schmal, flach, Herzchoc an normaler Stelle, über dem Manubrium sterni deutliche Dämpfung, ebenso RH über der Spitze Schallverkürzung; Athemgeräusch über dem Manubrium sterni keuchend bronchial, ebenso im 2. und 3. Intercostalraum rechts neben dem Sternum; über der rechten Spitze und dem linken Unterlappen Athemgeräusch rauh, von reichlichem zähfeuchten Rasseln begleitet; Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein.

Abdomen weich, nicht aufgetrieben, keine Vergrösserung von Leber und Milz, im Urin weder Eiweiss noch Zucker, Auswurf angeblich meist gelblich und schaumig, öfters auch blutig.

Auf Grund der Anamnese: Husten, Auswurf, Haemoptoe während der letzten Gravidität, sowie Abmagerung, Nachtschweisse, erhebliche Verschlimmerung aller Symptome nach dem Partus vermuthete ich nach der ersten Untersuchung eine tuberculöse Lungenerkrankung, und eine gleichzeitige Compression der Trachea durch eine Struma substernalis oder unter Deutung des linksseitigen Kiefertumors als tuberculöse Geschwulst durch tuberculöse Mediastinaldrüsen. Mit Rücksicht auf die Früh- und die Todtgeburten bestellte ich mir jedoch behufs genauerer Anamnese (event. syphilitischer Infection) den Mann der Patientin und erfuhr von ihm Folgendes (nach ernstem Zureden!): er ist angeblich stets gesund gewesen, acquirirte 1889 ein Ulcus molle, danach Roseola; 20 Einreibungen; 1890 Verheirathung; nie wieder luetische Erscheinungen (auch gegenwärtig nur mässige Schwellung der linken Cervial- und der beiderseitigen Inguinaldrüsen, rechte Pupille etwas weiter als die linke, bei vollkommen normaler Reaction, Reflexe symmetrisch, lebhaft;) er gibt nun die Anamnese der Erkrankung seiner Frau wie folgt:

Etwa 8 Tage nach der Hochzeit trat bei derselben Brennen beim Uriniren auf; 3 Wochen später Schmerzen in dem Scheideneingang, als ob Alles wund sei; nach weiteren 8 Tagen sind mehrere Geschwüre an den kleinen Labien entstanden, die linken Labien sind stark geschwollen; im August 1891 ärztliche Behandlung mit 30—40 Einreibungen von grauer Salbe (ausserdem Kal. jodat. per os und local gelbe Salbe). Erst im November sind die Geschwüre geheilt; 1892 Januar wieder Geschwüre an den Labien; local wurde Kalomel aufgestaubt, ausserdem wurden wieder 20 Einreibungen gemacht. Im Februar 1892 Abortus im 7. Monat. — Keine Erscheinungen bis Mai 1894; erhebliche Heiserkeit und Husten; dann wieder Geschwüre an den Labien; Heilung durch äusserliche Anwendung von Kalomel; Juli 1894 todtes Kind geboren; nach der Geburt heilten die syphilitischen Erscheinungen rasch; grosse Mattigkeit gegenüber früheren Jahren. Ende 1894 trat am rechten Knie ein erbsengrosses Knötchen auf, welches nur auf starken Druck schmerzte; 1895 Frühjahr brach der erheblich gewachsene Knoten auf und entleerte viel Eiter. Alle Heilversuche blieben erfolglos

[8]) Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 16.

(desinficirende Verbände etc.); erst nach innerlichem Gebrauch von Jodkalium (Ende October 1895) trat Heilung (innerhalb 3 Wochen!) ein.

Waren mir nach dieser Anamnese schon erhebliche Zweifel an der tuberculösen Natur der Lungenerkrankung und der Unterkieferschwellung, sowie an der Existenz einer retrosternalen Struma, welche ich als anatomische Grundlage für die Dämpfung über dem Manubrium sterni und das laute stenotische Bronchialathmen über dem Sternum vermuthete, aufgestiegen, so konnte mich in der Annahme, dass die sämmtlichen Krankheitserscheinungen auf weit verbreitete syphilitische Processe zurückzuführen seien, das mehrfach constatirte Fehlen von Tuberkelbacillen in dem schleimig eiterigen Auswurf nur noch bestärken.

Ende December liess sich die Kranke in das Luisenhospital aufnehmen; obwohl Jodkalium etwas Linderung der Beschwerden gebracht hatte, war die Athemnoth und der Hustenreiz (mit blutigem Auswurf) besonders im Liegen und bei geringen Anstrengungen (einige Schritte gehen, einige Sätze hinter einander sprechen) derart, dass sie selbst um klinische Beobachtung und Behandlung bat. Vor Allem waren die Nächte ausserordentlich unruhig, Patientin musste mehrmals wegen Athemnoth aufstehen und oft stundenlang im Lehnstuhl sitzen, bis die Engigkeit auf der Brust erträglich wurde.

Status: Die periostitische Verdickung am linken Unterkiefer, ebenso die anliegende Cervicaldrüse nur wenig verkleinert; am rechten Knie eine ca. 5 Markstück grosse, strahlige, mit zahlreichen lochähnlichen Vertiefungen versehene bewegliche Narbe; Halsvenen etwas geschwollen, Klappeninsertionen treten hervor. Thorax gracil, symmetrisch bei oberflächlicher Respiration, bei vertiefter Athmung bleibt die rechte Thoraxhälfte etwas zurück; zugleich hört man auch auf Zimmerweite ein keuchendes tracheales Stenosengeräusch; Herzchoc an normaler Stelle im 5. Intercostalraum.

Percussion: Ueber beiden Lungenspitzen, besonders aber rechts Schall etwas verkürzt; RV untere Lungengrenze an d. 6. R., (R u. L) H untere Lungengrenze an d. 10. R.

Herzdämpfung: 3. bis 6. Rippe, linker Sternalrand und linke Mamillarlinie.

Ueber dem ganzen Manubrium sterni deutliche Verkürzung des Schalles mit dem Gefühl grösserer Resistenz bei palpatorischer Percussion; Angul. Ludovici wenig ausgeprägt, unterhalb desselben Schall über dem Sternum wieder sonor; ein Abtasten der Fossa jugularis ist wegen derber Resistenz im Bereiche derselben nicht möglich.

Auscultation: (R u. L) vorn Vesiculärathmen, kein Rasseln; RH über der Spitze ganz vereinzelte Rhonchi, über beiden unteren Lungenabschnitten vom Angul. infer. basis scap. abwärts, besonders aber links reichliches zähfeuchtes Rasseln, Athemgeräusch auf der rechten Seite erheblich schwächer als links. Im Bereiche der Dämpfung über dem Manubrium sterni ist bei etwas stärkerer Respiration intensives stenotisches Trachealathmen hörbar, im 1. und 2. Intercostalraum neben dem Sternum, ebenso über dem Corpus sterni ist das Athemgeräusch vesiculär, (cf. Fig. I u. II), Herztöne rein, 2. Pulmonalton etwas verstärkt.

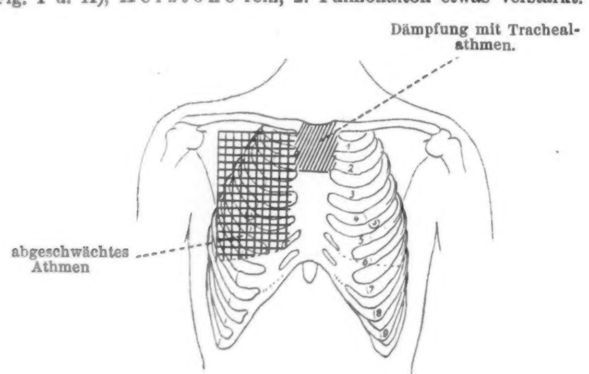


Fig. I.

Abdomen: Bauchdecken schlaff, Abdomen etwas aufgetrieben, Leber- und Milzdämpfung nicht vergrössert.

Urin: hellgelb, klar, spec. Gewicht 1024, sauer, enthält weder Eiweiss noch Zucker.

Von Seiten des Nervensystems keine krankhaften Erscheinungen, insbesondere sind die Pupillen frei, die Haut- und Sehnenreflexe normal.

Sputum: schleimig - eitrig, theilweise schaumig, enthält mehrere blutige Ballen von ziemlich hellrother Farbe; an einzelnen Stellen dicht gelagerte Spiralen groben Calibers mit und ohne Centralfaden, keine Tuberkelbacillen, keine elastischen Fasern. Die Untersuchung des schleimig-eitrigen Sputums in Schnitten (nach Celloidineinbettung) ergab einen mässigen Gehalt an eosinophilen Zellen und relativ viel frisches, unverändertes Blut; letzteres war bei der Betrachtung mit blossem Auge nicht nachweisbar gewesen. Ordin.: Kal. jodat-Salbe auf den periostitischen Knoten des Unterkiefers und die Cervicaldrüse.

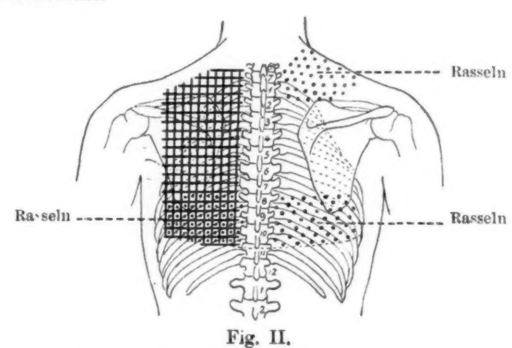


Fig. II.

1. I. Husten Nachts und bis gegen 11 Uhr Vormittags sehr heftig, blutiger Auswurf reichlich, Dyspnoe anhaltend bei Rückenlage oder beim Bücken; die Blutuntersuchung ergibt bezüglich der morphologischen Beschaffenheit der Blutzellen sowie ihres gegenseitigen Zahlenverhältnisses normalen Befund; Herztöne rein, reichliches Rasseln über beiden Unterlappen, Athemgeräusch rechts deutlich schwächer als links. Ordin.: Kal. jodat. 2,0 pro die; Einreibung von Ungt Hydr. ciner. 2,0 pro die auf den periostitischen und lymphadenitischen Knoten am l. Unterkiefer.

3. I. Athmung mühsamer als gestern, Pat. war Nachts sehr unruhig in Folge Hustenreizes, stärkere Haemoptoe; Stenosenathmen lauter.

5. I. Blutgehalt des Sputum geringer, Athmung Nachts besser; stenotisches Athemgeräusch aus der Ferne nicht mehr hörbar; über den rechtsgelegenen zwei Dritteln (cf. Fig. III) des Manubrium sterni

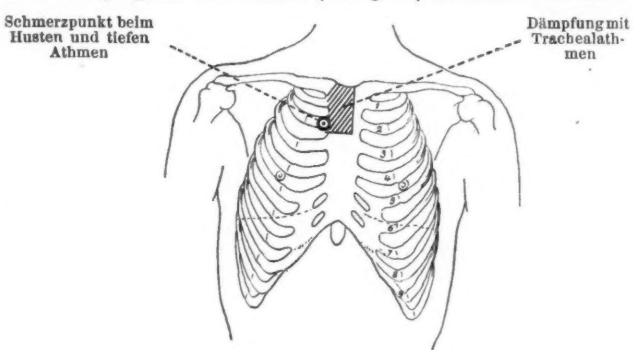


Fig. III.

lautes Bronchialathmen, Dämpfung nur in diesem Bereiche noch nachweisbar; Rhonchi über beiden Lungen spärlicher; brennende Schmerzen im rechten 2. Intercostalraum, wie wenn in der Tiefe etwas wund sei. Athemgeräusch über beiden Lungen ungleich, Appetit gut, Allgemeinbefinden entschieden besser.

7. I. Auswurf mehr schaumig-schleimig, weniger eiterig, die Blutbeimengung ist ausgesprochen münzenförmig, dabei ist das etwa 5 Pf.-stückgrosse Centrum eines einzelnen Sputums blutig, die Randpartie schleimig-eiterig; derartige Sputa werden meist erst nach längerem Husten und unter brennendem Schmerz in der Gegend des Sternalrandes des 2. rechten Intercostalraumes entleert. Athmung erheblich freier, Patient. kann zum ersten Male seit langer Zeit die ganze Nacht zu Bett bleiben, ohne erheblichere Athemnoth; Lungenspitzen nahezu frei von katarrhalischen Erscheinungen, auch über den unteren Lungenlappen nur noch spärliche zähfeuchte Rhonchi.

18. I. Blutfläche der einzelnen Sputa etwa linsengross; ca. 6 bis 8 blutige Sputa werden noch entleert, Auswurf in toto erheblich vermindert; über dem Manubrium sterni keine Dämpfung mehr, brennender Schmerz im rechten 2. Intercostalraum geringer, nicht mehr nach dem Rücken zu ausstrahlend; über dem Manubrium sterni ist neben entfernt klingendem, stenotischem Bronchialathmen deutliches Vesiculärathmen zu hören, Athemgeräusch der rechten Seite bei oberflächlicher Respiration immer noch schwächer als das der linken Seite; periostisches Infiltrat des linken Unterkiefers sowie die inframandibulare Lymphdrüse beträchtlich abgeschwollen.

Ordination: Regelrechte Inunctionscur zu 3,0 Ungt. ciner. pro die anstatt der täglichen localen Einreibung von 2,0 auf die Periostitis mandibulae.

19. I. Patient. schläft die Nacht durch, ohne aufzuwachen.

23. I. Seit 5 Tagen wieder mehr Blut im Auswurf, keine Tuberkelbacillen, stärkerer Hustenreiz; Bronchialathmen über dem Manubr. sterni (cf. Fig. IV) schwach.

30. I. Ueber dem Sternum in der Ausdehnung wie in Fig. IV nur noch bronchiales Exspirium, Inspirium unbestimmt, keine Rasselgeräusche mehr über beiden Lungen, Athemgeräusch beiderseits gleich; links einige stark geschwollene Supraclaviculardrüsen jetzt auffallend deutlich fühlbar; auf der rechten Zungenhälfte mehrere Plâques muqueuses.

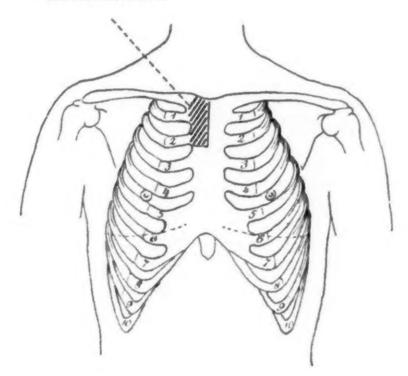


Fig. IV.

8. II noch 3—4mal täglich stecknadelkopfgrosse Blutgerinsel in den spärlichen Sputis, keinerlei Athembeschwerden; Gewichtszunahme um 1,5 kg. Plâques auf der Zunge geschwunden, Drüsen unverändert; Patientin ist wieder arbeitsfähig.

23. II. seit 3 Tagen kein Blut mehr im Auswurf, Menge des Sputum gering, ca. 1 Esslöffel voll, Schlaf gut; Gewichtszunahme 2 kg; Athemgeräusch über dem Manubrium sterni noch etwas hauchend; neben dem Sternum im 2 rechten Intercostalraum schärferes Athemgeräusch als an der symmetrischen Stelle links.

29. III. nach 40 Inunctionen zu 3,0 Unguent. Hydr. ciner. volles Wohlbefinden, Athemnoth nur noch bei raschem Treppensteigen angedeutet, Hitzeempfindung in der Tiefe des 2. rechten Intercostalraumes bei schnellem Treppensteigen, hastigem Gehen; das Kind der Kranken gedeiht gut, zeigt keine specifischen Erscheinungen.

5. V. Alles gut geblieben; doch werden nochmals «vorbeugend» 30 Einreibungen à 5,0 Unguent. Hydr. ciner. gemacht; Körpergewicht 68 kg, vorher 66 kg. Die lange Zeit geschwollene Supraculardrüse ist nicht mehr zu fühlen; ebenso ist die Unterkieferschwellung links spurlos verschwunden.

8. VI. Inunctionscur gut vertragen; Körpergewicht unverändert. Patientin ist zur Zeit gesund und leistungsfähig wie vor der Krankheit, kann Treppen ohne jede Beschwerde steigen und ihre häuslichen Arbeiten ohne Anstrengung verrichten; objectiv ist nur noch exspiratorisch über dem Manubrium sterni hauchendes Athemgeräusch nachweisbar.

Recapituliren wir den interessanten Krankheitsverlauf in seinen Hauptzügen, so sehen wir zunächst aus der Vorgeschichte einmal wieder die alte Erfahrung bestätigt, dass die von manchen Aerzten gerühmte Glaubwürdigkeit der Kranken bei der Beantwortung einer Frage nach früherer syphilitischer Infection grösste Skepsis verdient.

Falsche Scham hält nicht nur unsere Patientin ab, eine syphilitische Erkrankung zuzugeben, sondern auch ihren Mann; erst nach ernstem Zureden und einem Hinweis auf den Erfolg resp. Misserfolg einer Behandlung wird die Anamnese vollständig der Wahrheit gemäss mitgetheilt. Und von welcher Bedeutung wird sie in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung! Die von der Kranken selbst gegebenen Daten: 1889 vierwöchentlicher Luftröhrenkatarrh. 1896 dreimonatlicher Lungenkatarrh mit eiterigem und blutigem Auswurf, starker Abmagerung, besonders nach der letzten Geburt, Nachtschweiss, Husten und Auswurf besonders morgens und während der Nacht, weisen trotz zweier Todtgeburten zunächst mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen einer tuberculösen Lungenerkrankung hin; auch der aufgenommene Befund: Cyanose des Gesichtes, schmerzlose periostale Verdickung am linken Unterkiefer und Lymphadenitis cervicalis, Dyspnoe bei geringen Anstrengungen, keuchendes, par distance hörbares Stenosenathmen, Dämpfung über der rechten Spitze mit reichlichen Rasselgeräuschen, Haemoptoe, Dämpfung über dem Manubr. sterni mit lautem Stenosenathmen, lässt sich mit dieser Annahme wohl in Einklang bringen; auffallend bleibt zunächst nur, dass trotz der charakteristischen schleimig-eiterigen und blutigen Beschaffenheit des Sputum Tuberkelbacillen und elastische Fasern fehlen. Einen gänzlichen Umschwung führt dann die Anamnese des Mannes herbei; die Todtgeburten, welche von vorneherein den Verdacht auf eine syphilitische Infection nahelegen, sind thatsächlich auf eine schwere specifische Erkrankung syphilitischer Art: Ulcera, Roseolen, Condylomata lata, Hautgeschwüre und Hautgummata etc. zurückzuführen. Das Fehlen von Tuberkelbacillen und elastischen Fasern im Auswurf, die vielfachen Eruptionen ausgesprochener Syphilis lassen es jetzt nahezu sicher erscheinen, dass es sich um eine vorwiegend syphilitische Erkrankung handelt. Dieser Annahme entspricht der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung: nach einer regelrechten Inunctionscur und innerlichem Gebrauch von Jodkalium verschwindet ein Symptom nach dem anderen und die Kranke ist nach ihrer eigenen Ueberzeugung heute wieder ebenso gesund und leistungsfähig wie früher.

Wenn wir uns schliesslich fragen, welche anatomischen Veränderungen den einzelnen objectiven und subjectiven Krankheitserscheinungen zu Grunde gelegen haben, so verdient zunächst der Befund über den Lungen eine Erwähnung. Ende October ist eine leichte Dämpfung der rechten Lungenspitze mit reichlichen, zähfeuchten Rasselgeräuschen zu constatiren; ebensolche Rhonchi sind über dem linken Unterlappen in grosser Zahl zu hören. Später (December) ist die Dämpfung über der rechten Spitze intensiver, der auscultatorische Befund hingegen weniger ausgesprochen. Der Auswurf, welcher während der ganzen Zeit entleert wird, ist schleimig-eiterig und blutig und enthält zahlreiche, mit eosinophilen Zellen besetzte Curschmann'sche Spiralen, wie schon oben erwähnt wurde. Aus diesem Befunde der physikalischen und mikroskopischen Untersuchung lässt sich schliessen, dass neben einem intensiven Katarrh der Bronchen und Bronchiolen der beiden Lungenspitzen und des linken Unterlappens wahrscheinlich auch Veränderungen des Lungenparenchyms (umschriebene Verdichtungen) bestanden haben. Schwere destructive Processe, welche eine Einschmelzung von Lungengewebe nach sich zu ziehen pflegen, sind durch das Fehlen von elastischen Fasern im Auswurf ausgeschlossen. Möglicher Weise haben ähnliche anatomische Veränderungen, wie sie in der sogenannten weissen Pneumonie für hereditäre Lues als charakteristisch bekannt sind, vorgelegen. Weit leichter und anatomisch präciser als der Lungenbefund ist die tumorartige Auftreibung des linken Unterkiefers und die starke Schwellung regionärer und supraclaviculärer Lymphdrüsen zu beurtheilen; hier hat es sich ohne Zweifel um eine gummöse Periostitis mit Betheiligung der zugehörigen Lymphdrüsen gehandelt; dies bestätigt die schmerzlose Schwellung, die relativ derbe, wenig elastische Consistenz der Drüsen und der Rückgang der Anschwellung ohne Veränderungen des Knochens (Nekrose). Wie erklärt sich jedoch die Dämpfung über dem Sternum, das im Bereiche derselben hörbare Tracheal- oder Bronchialathmen und die Abschwächung des Athemgeräusches auf der rechten Seite? Diejenige Untersuchungsmethode, welche uns vielleicht sichere Aufklärung zu bringen vermocht hätte, die Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen, stand uns leider erst zur Verfügung, als die oben genannten physikalischen Phänomene verschwunden waren. Die Cyanose des Gesichtes, die Anschwellung der Halsvenen, das keuchende, par distance hörbare Stenosenathmen weisen im Einklang mit der Dämpfung über dem Manubrium sterni auf das Vorhandensein solider tumorartiger Einlagerungen, welche zu einer Compression der verschiedenen Contenta des Mediastinalraumes geführt haben, hin. Tumorartige Neubildungen im Mediastinum wirken nicht nur comprimirend auf die Nachbarorgane, sondern modificiren auch, wenn sie oberflächlich genug liegen, den Schall des Manubrium sterni. Bei der Beurtheilung solcher pathologischer Verhältnisse bedarf es allerdings einer gewissen Vorsicht, denn wir wissen seit lange, und haben die gleiche Erfahrung in der Akromegaliefrage erst neuerdings wieder gemacht, dass der Schall bei abnormer Dicke des Sternum oder bei starker Ausbildung des Angulus Ludovici gedämpft erscheint, ohne dass irgend welche krankhafte Vorgänge im Mediastinalraum vorliegen. Ferner haben wir gerade in letzter Zeit mehrfach autoptisch und intra vitam — mit Hilfe der Röntgenstrahlen — constatiren können, dass ziemlich grosse Tumoren und erhebliche Aortendilatationen den Percussionsschall

unverändert lassen, solange sie dem Sternum nicht direct anliegen. Es entspricht dies der alten Friedreich'schen Anschauung, wonach der Schall des Sternum auf die Eigenschwingungen dieses Körpers, die sich weniger in der Tiefe als in der Fläche verbreiten, zurückzuführen ist. Im vorliegenden Fall ist einerseits das Manubrium sterni, wie alle Knochen bei Frauen, gracil, sowie der Ludwig'sche Winkel schwach entwickelt und andererseits die Dämpfung über dem Brustbein so ausgesprochen und umschrieben (sowohl bei Percussion wie bei Resistenzbestimmung nach Ebstein), dass die Annahme einer substernal gelegenen, soliden Einlagerung hierdurch hinreichend begründet erscheint. Es kann sich dabei jedoch nicht nur um eine retrosternale, gummöse Periostitis gehandelt haben, sondern es müssen noch andere, das Mediastinum ausfüllende Neubildungen vorhanden gewesen sein. Die Erscheinung, dass bei Rückenlage die Cyanose des Gesichtes sofort verstärkt, die Dyspnoe zu einem Erstickungsanfall gesteigert wurde, kann nur durch eine stärkere Compressionswirkung in Folge des Zurücksinkens der Neubildungen erklärt werden. — Ein weiteres Symptom: die Abschwächung des Athemgeräusches auf der rechten Seite (vor Allem im Bereiche des Mittellappens) kann nicht ohne Weiteres auf den mediastinalen Process in der Höhe des Manubrium sterni bezogen werden, sonst wäre es nicht zu verstehen, wesshalb die in dieser Höhe einwirkende Compression der Luftröhre nicht das Athemgeräusch über beiden Lungen gleichmässig verändern sollte. Bei der Erklärung dieses einseitigen Befundes verdienen zwei Erscheinungen, die erst im Verlauf der Krankheit deutlicher geworden sind, eine besondere Beachtung: 1. das Auftreten von münzenförmigen central blutigen, peripherisch schleimig-eiterigen Sputis, die täglich 1—2 mal unter starkem Husten entleert wurden, mit dem Fortschreiten der Heilung allmählich immer kleiner geworden (bis zur Grösse eines Stecknadelkopfes) schliesslich ganz verschwanden und 2. ein intensiver, an das sternale Ende des zweiten Intercostalraumes localisirter, in der Tiefe sitzender Schmerz von brennendem und stechendem Charakter. Dieser Schmerz trat zuerst in dem Stadium der «umschriebenen» blutigen Sputa auf und überdauerte dasselbe längere Zeit. Offenbar muss hiernach in einem (unter dem zweiten Intercostalraum oder etwas tiefer gelegenen) Bronchus ein geschwüriger Zerfall von stenosirend wirkenden gummösen Neubildungen stattgefunden haben, denn anders ist die Abschwächung des Athemgeräusches über der rechten Seite im Beginn der Beobachtung und das Auftreten isolirter Blutballen, die gleichsam einen Abguss des Geschwüres nach aussen beförderten, unter charakteristischen, immer gleich localisirten Schmerzen nicht zu erklären. In wieweit dabei noch die Compression von geschwollenen Bronchialdrüsen mitgewirkt hat, ist natürlich nicht zu entscheiden. Einzig und allein einen von aussen wirkenden Druck, der eine Art von decubitalem Geschür im Innern des verengerten Bronchiallumens hervorgerufen hat, anzunehmen, scheint mir weniger richtig, sonst wären wohl die allgemeinen Druckerscheinungen im Mediastinum noch weit intensiver gewesen.

Auffallend bleibt es unter allen Umständen, dass diese schwere Form von mediastinaler und bronchopneumonischer Syphilis eine anscheinend vollständige Restitutio ad integrum erfahren hat und bis heute (October 1897) keine der sonst häufigen Folgeerscheinungen syphilitischer Processe (excessiver Narbenzug etc.) aufgetreten ist; allerdings ist ja auch jetzt die Entwickelung einer Bronchektasie oder Bronchostenose nicht ausgeschlossen.

Vorliegender Fall bietet einen interessanten Beleg dafür, dass die Symptomentrias: Husten mit Haemoptoe, Abmagerung und Nachtschweisse auch auf syphilitischer Grundlage beruhen kann; er zeigt einmal wieder, von welch' grosser Bedeutung die genaue Anamnese für die Diagnose syphilitischer Krankheitsprocesse werden kann.

Aus der medicinischen Poliklinik zu Marburg.

Der Keimgehalt der Luftwege bei gesunden Thieren.

Von Prof. *Friedrich Müller*.

Die Frage, ob die Organe der gesunden Menschen und Thiere keimfrei sind, oder ob sich in ihnen auch unter normalen Verhältnissen Bacterien vorfinden, ist schon wiederholt bearbeitet worden. Neuerdings ist von Nocard [1]) die Behauptung aufgestellt worden, dass bei der Nahrungsresorption stets eine gewisse Menge von Bacterien aus dem Darm in den Chylus und das Blut übergehen. Eine Nachprüfung der Nocard'schen Experimente durch Max Neisser [2]) (in Flügge's Laboratorium) hat aber ergeben, dass sie der Kritik nicht Stand halten, und dass bei sorgfältiger Versuchsanordnung der während der Verdauung aus dem Ductus thoracicus ausfliessende Chylus vollständig steril ist, selbst dann, wenn ein sehr bacterienreiches Futter verabreicht worden war. Dementsprechend fand M. Neisser auch die inneren Organe, Leber, Milz, Nieren, Lungen, sowie das Blut in der überwiegenden Mehrzahl seiner Versuche keimfrei. Bei manchen Versuchsthieren gingen allerdings aus dem einen oder anderen Organ vereinzelte Colonien auf, doch weist Neisser mit Recht darauf hin, dass solche Befunde nur mit grosser Vorsicht aufzunehmen sind, da es überaus schwer ist, bei den zahlreichen Manipulationen einer aseptischen Section zufällige Verunreinigungen ganz auszuschliessen. So konnte er z. B. nachweisen, dass dasjenige Organ, welches zuletzt aus dem Thiere entnommen wurde und am schwierigsten zu entfernen war, nämlich die Niere, häufiger auf der Plattencultur Colonien zeigte.

Aehnliche Erfahrungen, dass nämlich die Organe gesunder Thiere meist keimfrei sind, dass aber hin und wieder auf einer Platte vereinzelte Colonien aufgehen, haben schon viele Bacteriologen, z. B. Hauser [3]) gemacht, und oft genug mögen solche Keime von Verunreinigungen herrühren, welche bei der Herstellung der Platte vorgekommen sind. Das ergibt sich in solchen Fällen mit Wahrscheinlichkeit, wo die Colonien sich als Schimmelpilze erweisen, oder wenn sie an Stellen der Platte auftreten, mit denen das Organ nicht in Berührung gekommen war, während von diesem selbst keine Colonien ausgehen. Es frägt sich aber, ob alle diese Bacterienbefunde auf zufällige Verunreinigungen zurückzuführen sind, ob nicht auch beim gesunden Thiere häufig genug einzelne Bacterien in das Blut und die Organe gelangen, sich hier aber nicht vermehren, sondern zu Grunde gehen. Dass unter krankhaften Verhältnissen aus dem Darm Mikroorganismen in das Blut und die Organe übertreten, ist sowohl für das Thier wie für die Menschen bewiesen. Es sei nur an die Arbeiten von Sevestre,[4]) Czerny, Moser [5]) und Heubner [6]) erinnert, welche bei Kindern mit Gastroenteritis eine septische Erkrankung und besonders secundäre Pneumonien und Nephritiden auftreten sahen.

Anders als beim Darm liegen die Verhältnisse bei den Respirationsorganen. Während dort die Bacterien durch die intacte lebende Darmschleimhaut hindurch in das Innere des Körpers vordringen müssten, geben die Athmungswege den Mikroorganismen eine Bahn, um bis in das Innere der Alveolen einzuwandern; es braucht dabei keine lebende Membran durchwachsen, ja nicht einmal, wie bei Galle und Harnblase, ein Verschluss überwunden zu werden. Da die Athmungsluft fast immer grosse Mengen von Bacterien enthält, so sollte man annehmen, dass die Lunge auch der Gesunden stets von Bacterien überschwemmt sei. In klinischer Beziehung ist es begreiflicherweise vom grössten Interesse zu wissen, ob dies in der That der Fall ist, oder ob die Lunge und die feineren Bronchien normalerweise keimfrei sind. Die Angaben der Experimentatoren gehen bis jetzt über diese Frage weit auseinander. Sowohl Hildebrandt [7]), der unter Baumgarten's Leitung arbeitete, als auch Klipstein [8]), dessen Untersuchungen

---

[1]) Nocard, Influence des repas sur la pénétration des microbes dans le sang. La semaine médicale 1895 Nr. 8.

[2]) Max Neisser, Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand für Bacterien. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten Band 20. 1896.

[3]) Hauser, Archiv f. exp. Pathologie und Pharmakologie 1885, Band 20, pag. 162.

[4]) Sevestre, Bronchopneumonie infectieuse d'origine intestinale. Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie 1887 21. Januar, citirt nach Virchow-Hirsch. Jahresbericht 1887.

[5]) Czerny und Moser, Jahrbuch f. Kinderheilkunde 38, 1894, pag. 430.

[6]) Heubner, Berliner klin. Wochenschrift 1895, pag. 591.

[7]) Hildebrandt, Ziegler's Beiträge, Band 2, pag. 143.

[8]) Klipstein's Arbeit die schon vor zwei Jahren abgeschlossen worden ist, wird demnächst in der Zeitschrift f. klin. Medicin erscheinen.

im Laboratorium der hiesigen medicinischen Poliklinik angestellt wurden, haben die Ueberzeugung gewonnen, dass bei gesunden Thieren die Lungen und die Bronchien sowie meist auch die Trachea keimfrei sind. Zu demselben Resultat kam Göbell[9]), der seine Versuche ebenfalls in unserem Laboratorium angestellt hat, und auch Max Neisser fand bei normalen Thieren, wie oben erwähnt, die Lungen meist steril. Lähr[10]) sah bei Kaninchen, die eine Staphylococceninfection überstanden hatten, dass die Lungen wenige Tage darnach wieder vollständig keimfrei wurden. Demgegenüber hat Dürck[11]) in einer vortrefflichen und vielbeachteten Arbeit den Nachweis zu führen gesucht, dass in der normalen Lunge stets Bacterien vorhanden sind. Es liegt auf der Hand, wie wichtig dieser Befund, wenn er sich bestätigt, sein muss, da in diesem Falle eine bacterielle Erkrankung der Lunge zu Stande kommen kann, auch ohne dass eine Infection derselben vorliegt, einfach dadurch, dass in Folge veränderter Ernährungsbedingungen oder verminderter Widerstandskraft des Organs den in ihm stets vorhandenen Mikroorganismen die Möglichkeit gegeben wird, ihre krankmachenden und entzündungserregenden Wirkungen zu entfalten.

Es bleibt aufzuklären, wie geübte Untersucher zu so entgegengesetzten Resultaten kommen konnten, und ich möchte mir erlauben, zur Vertheidigung der in unserem Laboratorium ausgeführten Arbeiten Folgendes anzuführen:

Es liegt auf der Hand, dass solche Versuche nicht an menschlichen Leichen ausgeführt werden können. Bei unseren Arbeiten hat sich wiederholt herausgestellt, dass Thiere, die des Nachts gestorben waren und erst am andern Vormittag obducirt werden konnten, einen ganz andern bacteriologischen Befund darboten als wenn sie getödtet und sofort secirt worden waren. Es wurden desshalb von unsern Versuchen nur solche als beweiskräftig angesehen, wo die Obduction sich unmittelbar an die Tödtung anschloss. Beim Menschen kommt noch dazu, dass die Agone oft sehr lange dauert, und dass während dieser der Kehlkopf das Herabfliessen von Mundflüssigkeit und Speisetheilen nicht mehr hindert. Chvostek und Egger[12]) haben gezeigt, dass bereits während des Todeskampfes eine Invasion von Mikroorganismen in die Blutbahn erfolgen kann. v. Besser[13]) hat diese Fehlerquelle nicht beachtet und es kann nicht wundernehmen, wenn er in den Lungen und Bronchien menschlicher Leichen Bacterien gefunden hat, umsomehr, als er seine Untersuchungen an lungenkranken Individuen vorgenommen hat. Man wird also gänzlich von Untersuchungen an menschlichen Leichen absehen müssen, es sei denn, dass sich Gelegenheit bietet, einen Hingerichteten unmittelbar nach dem Tode bacteriologisch untersuchen zu können. Dürck hat aus ähnlichen Gründen das Hauptgewicht nicht auf die Untersuchung menschlicher Lungen, (speciell Kinderlungen) gelegt, in denen er constant Bacterien nachweisen konnte, sondern auf die von Thierlungen. Ob es zweckmässig war, die Lungen von Schweinen, Pferden, Ochsen und dem Kalbe zu verwenden, welche aus dem Schlachthaus stammten, mag dahingestellt bleiben, die Art der Tödtung sowie der Herausnahme der Organe wird dabei kaum in der Weise stattfinden, dass ein Herunterfliessen von Mundflüssigkeit in Trachea und Bronchien vermieden wird. Um dies auszuschliessen, ist in unserem Laboratorium von Klipstein, Göbell und A. Nebelthau folgendes Verfahren eingeschlagen worden. Es wurden nur kleinere Thiere verwendet, meist Kaninchen, bisweilen auch Katzen und Meerschweinchen. Unmittelbar nach der Tödtung wurde die Trachea mit geglühten Instrumenten freigelegt und unterbunden, die Lunge wurde meist von der Bauchhöhle aus herausgenommen, und in sterile Petri'sche Schalen gelegt. Von den Lungen wurden nicht zu kleine Stücke herausgeschnitten, in Reagensröhren mit Agar von 40° gebracht und mit einer dicken Platinöse ausgequetscht und im Agar herumbewegt; sodann wurden Platten gegossen, auf welche auch das mit Agar durchtränkte Lungenstückchen gebracht wurde. Jedesmal wurden mehrere Lungenstückchen auf ebensovielen Platten verarbeitet, ausserdem wurden zur Controle meist einige andere Organe (Nieren, Milz, Leber) sowie das Tracheal- und Bronchialsecret und das Herzblut untersucht. Diese Methode gestattete auch über die Zahl der vorhandenen Keime ein Urtheil zu gewinnen. Leider hat Dürck gerade über diesen letzten Punkt keine Angaben gemacht, so dass aus seinen Versuchen an gesunden Thieren nicht zu ersehen ist, ob aus den Lungen zahlreiche oder etwa nur ganz vereinzelte Colonien aufgegangen sind.

Bei dieser Versuchsanordnung fand sowohl Klipstein als auch Göbell die Trachea, Bronchien und Lungen in der überwiegenden Zahl der Fälle steril, allerdings nicht jedesmal; in einer Minderzahl von Versuchen gingen auf einer Lungenplatte (während oft die anderen steril blieben) vereinzelte Colonien auf (1, 2, oder 3); diese mussten häufig als zufällige Verunreinigungen gedeutet werden, besonders wenn sie am Rand der Platte lagen, während von den Lungenstückchen selbst keine Cultur sich entwickelte, oder wo ein Schimmelpilz vorlag. In ähnlicher Weise, vielleicht aber etwas seltener als auf den Lungenplatten, kamen auch auf denjenigen Platten vereinzelte Colonien vor, welche von Leber, Milz und Nieren angelegt waren. Liess Klipstein die Thiere unter einer Glocke Osmiumsäuredämpfe einathmen, so kam es bei einmaliger Inhalation wohl zu einer Entzündung der Bronchien, oft haemorrhagischen Charakters, aber ohne dass eine Infection der Luftwege eingetreten wäre; wurde dagegen die Inhalation mehrere Tage hindurch fortgesetzt, so wanderten die Bacterien aus der Nasen- und Rachenhöhle in Trachea, Bronchien und Lungen hinein und auf den Platten gingen nun massenhaft Colonien auf. Bei Injection entzündungserregender Stoffe durch die Brustwand in die Lunge kam es zu einer aseptischen Entzündung. Diese letzteren Versuche, die allerdings den Einwand zulassen, dass die injicirte Flüssigkeit, z. B. Höllensteinlösung, als Antisepticum die Entwicklung der Bacterien gehindert habe, wurden mit dem gleichen Resultat von Göbell wiederholt. Göbell konnte auch den Nachweis führen, dass die Lungen nach Erregung starker Bronchialsecretion durch Jodjodkalilösung oder Pilocarpin meist keimfrei bleiben. Dass die Nase, Rachenhöhle und der Kehlkopf wichtige Schutzorgane gegen die Bacterieninvasion in die tieferen Luftwege darstellen, konnte Göbell dadurch zeigen, dass er bei Katzen oder Kaninchen Trachealfisteln anlegte; es begann darnach alsbald eine Bacterieneinwanderung und eine bacterienhaltige eiterige Entzündung von Trachea, Bronchien und Lungen. Auch klinisch ist es bekannt, wie schwer sich bei dauerndem Tragen einer Trachealcanüle die Bronchien und Lungen gesund erhalten lassen.

Auch Neisser fand bei seinen Versuchsthieren die Lungen meist, aber nicht immer, steril. Unter 24 «sterilen» Sectionen erwies sich die Lunge nur in 3 Fällen als nicht keimfrei. Es erhebt sich nun die Frage, welchen Fällen soll man grösseres Gewicht beilegen, denjenigen, der Mehrzahl, wo die Respirationsorgane steril waren, oder der Minderzahl, wo auf der einen oder anderen Platte vereinzelte Colonien aufgegangen sind? Klipstein weist, wie ich glaube, mit Recht darauf hin, dass in einem solchen Falle die negativen Resultate beweisender sind, als die positiven, und auch bei Neisser findet sich dieselbe Argumentation. Dass die Lungen bacterienhaltig sind, ist, wenigstens bei kleineren Thieren, nicht die Regel, sondern die Ausnahme, und ebenso, wie man von Leber, Milz und Nieren annimmt, dass sie bacterienfrei sind, obwohl sich bei sterilen Sectionen auch aus diesen Organen hin und wieder Colonien auf der Platte entwickeln, so wird man Aehnliches auch für die Trachea, Bronchien und Lungen annehmen dürfen. Allerdings scheinen die Respirationsorgane um ein Geringes häufiger vereinzelte Keime zu beherbergen, als z. B. die Leber und Milz oder gar das Herzblut.

Es liegt auf der Hand, dass trotz des Schutzes durch Nase, Rachen und Kehlkopf, welche die Hauptmasse der Bacterien aus der Inspirationsluft auffangen, hin und wieder Keime in die tieferen Athmungsorgane gelangen müssen; kommt doch auch Staub bis in die feinsten Bronchien und selbst die Alveolen hinein. Das

[9]) Göbell, Ueber die Infection der Lungen von den Luftwegen aus. Dissertation, Marburg 1897.

[10]) Lähr, Dissertation, Bonn 1887.

[11]) Dürck, Studien über die Aetiologie und Histologie der Pneumonie. Deutsches Archiv f. klin. Medicin, Band 58, pag. 368.

[12]) Chvostek und Egger, Ueber die Invasion von Mikroorganismen in die Blutbahn während der Agone. Wiener klinische Wochenschrift 1897, Nr. 3.

[13]) v. Besser, Bacteriengehalt der normalen Luftwege. Ziegler's Beiträge, Band 6, 1889.

ist längst bekannt und von Arnold auch für das Thier in eingehenden Experimenten bewiesen. Dass mit dem Staub auch Bacterien in die Lunge eindringen, geht unter Anderem aus dem häufigen Auftreten der Tuberculose bei Steinhauern und Schleifern hervor. Aber die Bronchien und die Lungen können sich dieser eingedrungenen Keime meistens erwehren und sie entfernen oder vernichten. Das hat A. Nebelthau in unserem Laboratorium bestätigt, indem er Kaninchen Staphylococcen und selbst sehr virulente Pneumococcenculturen mittels einer Pravaz'schen Spritze in die Trachea einspritzte. Nach wenigen Tagen waren diese Bacterien nicht mehr in den Respirationsorganen nachweisbar. Dasselbe hat Lähr[14]) und Ribbert[15]) für die Staphylococcen, Grammatschikoff[16]) sogar für Milzbrandbacillen bewiesen. Auch Gamaleia[17]), Sachs[18]) und Dürck kommen zu dem Resultat, dass die Mikroorganismen von der normalen Lunge gewöhnlich unschädlich gemacht werden. Für die Nase ist von Straus[19]), Thomson und Hewlett[20]), sowie Klipstein gezeigt worden, dass sie die eingeimpften Bacterienculturen bald wieder zu entfernen vermag und dass ein grosser Theil der Nasenschleimhaut normaler Weise bacterienfrei ist.

Wenn aber die Bronchien und die Lunge des lebenden Thieres die Fähigkeit haben, die eingedrungenen Mikroorganismen zu vernichten, so ist es doch nicht wahrscheinlich, dass die Lunge normaler Weise stets von Bacterien bewohnt wird, wie es nach den Dürck'schen Angaben scheint.

Damit, dass in den oben erwähnten Versuchen die Lungen von Kaninchen, Meerschweinchen und Mäusen meist steril gefunden worden sind, ist natürlich noch nicht gesagt, dass sich die Respirationsorgane des gesunden Menschen ebenso verhalten, und es wird nicht leicht sein, hierüber Sicherheit zu erlangen. Untersuchungen von Lungen solcher Personen, die eines natürlichen Todes gestorben sind, dürften aus den früher angegebenen Gründen kaum zu einem brauchbaren Resultate führen. Doch lassen einige klinische Erfahrungen darauf schliessen, dass die normale menschliche Lunge wohl kaum regelmässig pathogene Mikroorganismen enthält. Dahin gehört einmal die Thatsache, dass haemorrhagische Lungeninfarcte, so lange sie nicht durch einen inficirten Embolus erzeugt sind, nur äusserst selten zu stärkerer Entzündung und Abscedirung führen. Wären pathogene Bacterien in der vom Blutzufluss abgesperrten Lungenpartie enthalten, so müssten sie doch hier Gelegenheit finden, sich zu vermehren und zur Eiterung der Lunge und Pleura führen. Es ist den Chirurgen, unter Anderen auch Lister, schon lange aufgefallen, dass Lungenwunden so oft per primam heilen und es ist dies so erklärt worden, dass das Lungengewebe für gewöhnlich bacterienfrei ist[21]). Bei Punctionen von Pleuraexsudaten wird häufig die Lunge angestochen und das hat bekanntlich in der Mehrzahl der Fälle keine schädlichen Folgen. Wären normaler Weise Staphylococcen und Pneumococcen in der Lunge vorhanden, so wäre es wahrscheinlich, dass darnach häufiger eine Infection der Pleura und Empyem eintreten würde. Ist dagegen bei einer solchen Punction die Nadel in einen Bacterienherd in der Lunge eingedrungen, so sieht man diese unangenehme Folge in der That eintreten; mir ist schon zweimal das Unglück passirt, dass ich bei Pleuritis über bronchiectatischen Lungen mit der Punctionsnadel die Lunge verletzt habe; in beiden Fällen hat sich das ursprünglich seröse Pleuraexsudat sofort in den nächsten Tagen in ein eiteriges verwandelt und es musste die Empyemoperation vorgenommen werden.

Wären in den Alveolen schon normalerweise pathogene Keime vorhanden und wäre also die Lunge gegen dieselben ebenso tolerant wie die Mundhöhle und der Darm, so wäre es unverständlich, warum das Hinabfliessen von Mundsecret durch den Kehlkopf in die Lunge, bei mangelndem Kehlkopfverschluss, etwa bei Bulbärparalyse, oder die Aspiration von Speisetheilen so gefährlich ist, indem meist Pneumonien die Folge sind. Ist aber, wie bei chronischer Bronchitis oder Bronchiectasie, eine dauernde Bacterienansiedelung in der Lunge vorhanden, so gehen erfahrungsgemäss ausserordentlich häufig Pneumonien davon aus.

Vielleicht lässt sich aus der bacteriologischen Untersuchung des Sputums solcher Bronchitiden, die nicht auf Infection sondern auf nervöse Einflüsse zurückzuführen sind, also z. B. beim Asthma bronchiale, ein Urtheil über den Bacteriengehalt der normalen Lunge gewinnen; jedoch ist dabei zu berücksichtigen, dass diese Schleimmassen, bis sie ausgeworfen werden, noch im Kehlkopf, Rachen und Mund mit Bacterien verunreinigt werden können, und dass die in Trachea und Bronchien eindringenden Staubtheile und Bacterien wohl grösstentheils gerade in der Weise wieder entfernt werden, dass sie auf der feuchten Schleimhaut festkleben und mit dem Schleim gewissermassen herausgekehrt werden.

Wenn man das Sputum solcher chronischer Bronchitiden untersucht, die nicht primäre Secretionsanomalien darstellen, so findet man allerdings Mikroorganismen verschiedener Art darin vor; doch lässt sich daraus kein Schluss auf die Verhältnisse der normalen Lunge ziehen. Bei der gewöhnlichen chronischen Bronchitis, ebenso wie bei Bronchiectasen, dürfte vielleicht in Folge pathologisch-anatomischer Veränderung der Bronchien und ihrer Schleimhaut deren Fähigkeit gelitten haben, sich der eindringenden Bacterien zu erwehren und sie zu entfernen, so dass oft die histologische Veränderung das Primäre, die Bacterienwucherung dagegen das Secundäre darstellt.

Dürck hat in seiner mehrerwähnten Arbeit auch über Abkühlungsversuche an Kaninchen berichtet, in denen es ihm gelungen ist, Pneumonien zu erzeugen, und zwar waren diese zum Theil schon nach 7 Stunden nachweisbar.

Er schliesst daraus, «dass eine Erkältung genügt, um eine Pneumonie zu erzeugen, d. h. um den schon normaler Weise in den Lungen meist vorhandenen Mikroorganismen die zu ihrer ungemessenen Vermehrung günstigen Verhältnisse zu bieten, so dass sie ihre specifische, entzündungserregende Thätigkeit entfalten können.»

Erkältungs- beziehungsweise Abkühlungsversuche sind in der letzten Zeit mehrfach angestellt worden, und es liegt dies nahe, nachdem man gelernt hat, dass in vielen Fällen die Infection als Krankheitsursache allein noch nicht genügt, dass es vielmehr auch auf die Hilfsursachen, ferner auf die Widerstandskraft des inficirten Organismus, seine «Disposition» ankommt. Im letzten Jahre sind nicht weniger als vier grössere Arbeiten über die Einwirkung der Erkältung veröffentlicht worden. Lode[22]), Fischl[23]) sowie Lipari[24]) haben Thiere inficirt (mit Pneumococcen, Pneumobacillen, Staphylococcen, Cholerabacillen) und auf verschiedene Weise abgekühlt. Es stellte sich überzeugend heraus, dass die erkälteten Thiere der Infection viel häufiger erlagen oder wenigstens schwerer erkrankten als die Controlthiere, die ebenso inficirt, aber nicht abgekühlt worden waren. Wenn damit erwiesen ist, dass die Abkühlung für inficirte Thiere gefährlich ist, so ist noch nicht gesagt, dass dies auch bei nicht inficirten der Fall ist, und es liesse sich dann leicht verstehen, warum dieselbe Abkühlung beim Menschen so oft ohne Schaden ertragen wird, und ein anderes Mal anscheinend eine Erkrankung zur Folge hat. Doch wäre es andererseits auch denkbar, dass durch die Abkühlung bei einem bis dahin gesunden Organismus das Auftreten einer Infection

[14]) Lähr, Ueber den Untergang des Staphylococcus pyogenes aureus in den durch ihn hervorgerufenen Entzündungsprocessen in der Lunge. Dissertation, Bonn 1887.

[15]) Ribbert, Fortschritte der Medicin, 1894, Nr. 10.

[16]) Grammatschikoff, Bedeutung der Lungen als Eingangspforten von Infectionskrankheiten. Arbeiten aus dem path. anat. Institut Tübingen. Band I, 1892.

[17]) Gamaleia, Annales de l'Institut Pasteur 1888.

[18]) Sachs, Ein Beitrag zur Aetiologie der Pneumonie. Münchener med. Abhandlungen, I. Reihe, 6. Heft.

[19]) Straus, Annales de l'Institut Pasteur 1888.

[20]) Thomson und Hewlett, The fate of microorganisms in inspired air. British medical Journal 1896, pag. 137.

[21]) Küster, Artikel: Brustwunden, in Eulenburg's Realencyclopaedie.

[22]) Lode, Beeinflussung der individuellen Disposition zu Infectionskrankheiten durch Wärmeentziehung. Archiv f. Hygiene. Band 28, 1897.

[23]) Fischl, Archiv für Heilkunde 1897. Bd. 18, pag. 321.

[24]) Lipari, Baumgarten's Jahresbericht 1889, pag. 60.

[25]) Bouchard, cit. bei Fischl.

[26]) F. Müller, Untersuchungen über die physiologische Bedeutung und die Chemie des Schleims der Respirationsorgane. Sitzungsbericht der Gesellschaft zur Beförderung der Naturwissenschaften zu Marburg, Nr. 6, 1896, pag. 59.

begünstigt wird, indem seine Widerstandskraft und damit die Schutzvorrichtungen gegen die in der Rachenhöhle und dem Darm u. s. w. stets vorhandenen Krankheitserreger herabgesetzt wird. Die Versuche von Dürck und Bouchard[25]) sowie einige in unserem Laboratorium ausgeführte Experimente sprechen in gewissem Sinne dafür. Diese letzteren, welche Herr Dr. A. Nebelthau vor anderthalb Jahren begonnen hat, sind noch nicht zum Abschluss gelangt, und es soll später ausführlich darüber berichtet werden; sie gingen, wie schon früher[26]) erwähnt wurde, von dem Gedanken aus, dass die Schädlichkeiten, die durch eine Abkühlung der äusseren Körperoberfläche auf innere Organe ausgeübt werden, auf zwei Wegen erklärt werden können. Einmal durch einen nervösen Reflexvorgang, besonders auf vasomotorischem Gebiet, und zweitens durch Vermittelung des Blutes. So wichtig die erste Möglichkeit für die Entstehung mancher Krankheiten sein kann, so unwahrscheinlich ist es, dass Pneumonien oder Nephritiden auf diesem Wege zu Stande kommen. Vom Blute weiss man dagegen, dass es wenigstens bei gewissen Individuen gegen Abkühlung sehr empfindlich ist. Das beweist das Beispiel der paroxysmalen Haemoglobinurie, bei welcher, wie Ehrlich und andere gezeigt haben, die Abkühlung auch nur eines kleinen Theiles der Körperoberfläche, z. B. eines Fingers, im Stande sind, die rothen Blutkörperchen zu schädigen, und daraus das Haemoglobin in das Plasma übertreten zu lassen. Das frei gewordene Haemoglobin erscheint dann im Harn. Dass diese Veränderung des Blutes für den Organismus nicht gleichgiltig ist, geht daraus hervor, dass sich dabei sehr häufig ein Anfall von Fieber und Krankheitsgefühl einstellt, also müssen sich offenbar aus dem so veränderten Blut toxische Stoffe oder Fibrinferment gebildet haben. Werthheim[27]) hat gefunden, dass bei Hunden nach starker Kälteeinwirkung bisweilen Haemoglobin in der Galle nachweisbar wird, was ebenso wie die Haemoglobinurie auf eine Schädigung der rothen Blutkörperchen bezogen werden muss. Es wäre wohl denkbar, dass auch bei nicht haemoglobinurischen Individuen durch eine starke Abkühlung einer Partie der Körperoberfläche, z. B. der Füsse[28]), das darin befindliche und in Folge der Kälteeinwirkung langsam circulirende Blut verändert wird und eine Schädigung erleidet, die zwar nicht leicht nachweisbar ist, wodurch aber doch Stoffe gebildet werden, die auf die inneren Organe nachtheilig wirken können.

Bei Thieren, die einer starken Abkühlung unterworfen worden waren, und in Folge derselben starben oder bald darnach getödtet wurden, fand A. Nebelthau einige typische Veränderungen an den inneren Organen, nämlich constant haemorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut, seltener des Darmes. Die mikroskopische Untersuchung ergab, Thrombosen in den Gefässen der Submucosa, welche nur im Gebiete der haemorrhagischen Schleimhautnekrosen, nicht aber in der übrigen Schleimhaut nachweisbar waren. Diese Thrombosen dürften also offenbar als Ursache dieser Erosionen aufzufassen sein. In einem Falle, wo darauf geachtet worden war, konnten zahlreiche Haemorrhagien der Netzhaut mit dem Augenspiegel entdeckt werden. Ausserdem fanden sich nahezu bei allen Thieren, die einer energischen Abkühlung unterworfen worden waren, Lungenveränderungen vor, und zwar kleinere und grössere Haemorrhagien, die mit Vorliebe subpleural lagen und nicht selten eine Aehnlichkeit mit haemorrhagischen Infarcten darboten. Die Gefässe in den erkrankten Lungenabschnitten waren meist mächtig ausgedehnt und mit Blut überfüllt, bisweilen varicös ausgebuchtet und zwar selbst dann, wenn das Thier durch Verbluten getödtet worden war. Das Blut in diesen Gefässen verhielt sich grossentheils anders als in normalen Lungenstückchen, die rothen Blutkörperchen waren verändert, oft zu eigenartigen Klumpen zusammengebacken, und dazwischen fanden sich Strecken einer feinkörniger Masse. Ob es sich hierbei nur um Kunstproducte durch die Fixirung mit Sublimat und Alkohol und um postmortale Gerinnselbildung handelte, oder ob intravital entstandene Thrombosen und Blutveränderungen vorlagen, konnte noch nicht mit Sicherheit entschieden werden. Neben diesen Blutungen fand sich auch in den Lungen mehr oder weniger ausgebreitetes Oedem vor, das als feinkörnige Masse die Alveolen streckenweise ganz erfüllte. Färbungen nach der Weigert'schen Methode ergaben an manchen Stellen, ähnlich wie dies auch Dürck abgebildet hat, reichliche Fibrinausscheidscheidungen. Die Alveolarepithelien waren bisweilen abgestossen und lagen im Innern der Hohlräume. Die Bronchien zeigten reichliche Schleimsecretion, es liessen sich massenhaft Becherzellen nachweisen, die feinen Bronchien waren vielfach ganz von Schleim oder von blutigem Inhalt verstopft. Es erinnert dieser Befund an die Angaben von Rossbach[29]), welcher bei Thieren nach Abkühlung der unteren Körperhälfte an der freigelegten Trachea eine reichliche Vermehrung der Schleimsecretion auftreten sah. Dagegen fand sich weder im Inhalt der Bronchien, noch auch in ihren Wandungen eine erheblichere Anzahl von Leukocyten, wie auch sonst an den Lungen und ihren Gefässen Entzündungserscheinungen nicht oder nur sehr wenig ausgesprochen waren. Färbungen nach Gram oder Weigert liessen in den erkrankten Lungenabschnitten keine Bacterien erkennen und die bacteriologische Untersuchung solcher Thiere, welche am Tage nach der Abkühlung gestorben waren oder getödtet worden waren, ergab in manchem der veränderten Lungenstückchen überhaupt keine, in anderen, und zwar der Mehrzahl, nur vereinzelte (1 bis 4) Keime verschiedener Art, jedenfalls so spärlich, dass man unmöglich annehmen kann, sie seien die Ursache der beschriebenen Veränderungen gewesen. Die Trachea erwies sich meist als ganz steril, so dass auch die Vermuthung nicht statthaft ist, es sei durch die Abkühlung ein Herabwandern der Bacterien aus dem Rachen in die Luftwege begünstigt worden.

Waren die Thiere der Abkühlung nicht am selben Tage erlegen, so erholten sie sich bei geeigneter Pflege (Warmhaltung) nach 24 Stunden ausnahmslos vollständig, und wenn sie später getödtet wurden, so konnten ausser den Resten der Blutergüsse keine krankhaften Veränderungen an den Lungen mehr nachgewiesen werden. Nur in einigen wenigen Fällen, nämlich 3 mal unter etwa 35 Erkältungsversuchen, fand sich bei der Tödtung der Thiere wirkliche pneumonische Entzündung, die in 2 Fällen von geringerer Ausdehnung und Intensität war, 1 mal aber eine umfangreiche, compacte, entzündliche Infiltration darstellte; dabei waren die Alveolen mit Leukocyten und Epithelien vollständig erfüllt. In diesem Falle waren in den infiltrirten Partien auch massenhaft Mikroorganismen nachweisbar, welche anscheinend Colibacillen oder einen Wildseuchebacillus darstellten. Auch in den beiden anderen Pneumoniefällen waren, wenn auch spärlicher, Bacterien vorhanden. Woher in diesen Fällen die Mikroorganismen stammten, ist schwer zu sagen; sie können aus dem Darm in die Blutbahn übergetreten oder durch die Trachea eingewandert sein, und es ist auch nicht ausgeschlossen, dass sie, wie Dürck will, von den spärlichen Keimen abstammen, die sich in einigen Fällen auch in der Lunge gesunder Thiere nachweisen lassen.

Aehnliche pathologisch-anatomische Veränderungen, wie sie A. Nebelthau bei abgekühlten Thieren beobachtet hat, insbesondere die Haemorrhagien und das Oedem der Lungen sowie die blutigen Erosionen der Magenschleimhaut sind auch schon von anderen Experimentatoren beschrieben worden, so von Walther[30]), Wertheim[31]), Afanassiew[32]) und anderen. Lassar[33]) hat auch Veränderungen in den Nieren und Thrombosen verschiedener Gefässe gefunden, Beck[34]) sah bei Kaninchen, denen er nur eine oder zwei Extremitäten abkühlte, Krämpfe auftreten und fand nach dem Tode Thrombosen und Haemorrhagien.

[27]) Werthheim und E. Meyer, Archives de physiologie normale et pathologique 1889, Band 21, pag. 440, 600 und 747, cf. auch Filehne, Virchow's Archiv, Band 121, pag. 605.

[28]) Runge, Deutsches Archiv f. klin. Med., XII., pag. 211 gibt an, dass bei Erkältung und Durchnässung der Füsse die Temperatur derselben bis auf 12° sinken kann.

[29]) Rossbach, Berliner klin. Wochenschrift 1882 und Festschrift zur Jubelfeier der Würzburger Universität 1882. Diese Angaben von Rossbach sind durch Calvert, Journal of physiologie XX pag. 158 und Lode, Archiv f. Hygiene Bd. 28 bestätigt worden.

[30]) W. Walther, Archiv für Anatomie u. Physiologie 1865. Virchow's Archiv 25. Centralblatt für medicinische Wissensch. 1866 pag. 257.

[31]) Werthheim, Wiener med. Wochenschr. 1870 pag. 325.

[32]) Afanassiew, Centralbl. f. med. Wissenschaft 1877 p. 628.

[33]) Lassar, Virchow's Archiv. Bd. 79, pag. 168.

[34]) Beck, Deutsche Klinik 1863, 20 pag. 65.

Dieser Befund an abgekühlten Thieren gleicht in auffallender Weise demjenigen, welcher nach Verbrühungen wiederholt beschrieben worden ist. Ponfick[35]), Foa, Silbermann[36]), Awdakow[37]), Klebs, Lesser[38]), Welti[39]) und Andere haben Verbrennungs- und Verbrühungsversuche angestellt und haben selbst dann, wenn nur ein kleiner Theil der Körperoberfläche, etwa nur die Ohren eines Kaninchens, einer Verbrühung mit Wasser von 60° ausgesetzt waren, beobachtet, dass die Thiere schwer erkrankten und grösstentheils unter Krämpfen zu Grunde gingen. Bei der Obduction fanden sich ausgedehnte Haemorrhagien, Infarcte und Oedem der Lungen, schwere Nierenveränderungen, Gehirnblutungen, sehr oft haemorrhagische Erosionen des Magens und Darms und sowohl am Grund der letzteren als auch an zahlreichen anderen Stellen, auch im Herzen und der Lungenarterie Thrombenbildung. Bekanntlich sind auch beim Menschen nach Hautverbrennungen nicht selten Magen und Duodenalgeschwüre, Lungeninfarcte und selbst hin und wieder als spätere Complication Pneumonien beobachtet worden.[40]) Wagenmann[41]) hat darnach auch Retinitis haemorrhagica gesehen. Die Analogie zwischen dem Befund nach Verbrennung und Abkühlung ist also weitgehend.

Diese schädliche Einwirkung einer Hautverbrühung, auch nur geringen Grades, auf die inneren Organe ist von Ponfick, Lesser, Silbermann und Welti dadurch erklärt worden, dass das in den verbrühten Hautpartien circulirende Blut eine Veränderung erleidet. Die rothen Blutkörperchen werden zum Theil zerstört (Schattenbildung), sie geben ihren Farbstoff an das Plasma ab und dadurch kommt es zu Haemoglobinurie und Haemoglobinocholie, ausserdem scheinen sich toxische Stoffe oder Fibrinferment zu bilden. Das Letztere wird als Ursache der verbreiteten Thrombosen angesehen und Silbermann und Welti führen speciell auch die Lungenveränderungen darauf zurück; Silbermann weist ferner auf die grosse Aehnlichkeit des Krankheitsbildes nach Verbrennungen mit dem nach Fermentintoxication und manchen anderen Vergiftungen beobachteten hin.

Der Vergleich des Befundes nach Verbrennung und Abkühlung von Thieren spricht dafür, dass vielleicht auch bei der letzteren eine Veränderung des Blutes eine Rolle spielt, und dies gewinnt noch an Wahrscheinlichkeit, wenn man bedenkt, dass solche Krankheitserscheinungen an inneren Organen auch dann beobachtet wurden, wenn das Thier nur einer kurz dauernden aber energischen Abkühlung unterworfen, dann aber sofort wieder erwärmt worden war, oder wenn, wie dies Beck gethan hat, nur eine oder zwei Extremitäten der Kälte ausgesetzt, sonst aber für die Warmhaltung des Thieres gesorgt worden war.

Auf der anderen Seite muss auch die Möglichkeit betont werden, dass, besonders bei dem bereits inficirten Thier, eine allgemeine Herabsetzung der Körpertemperatur fördernd auf die Verbreitung der Bacterien und nachtheilig auf den Körper in seinem Kampf gegen die Bacterien einwirkt. Lode, der auf diesen Punkt besonderes Gewicht legt, hat zugleich, ebenso wie Fischl, den Nachweis geführt, dass es sich dabei nicht um eine Verminderung des bactericiden Vermögens des Blutes handelt.

Von den Veränderungen, welche sich im Thierexperiment nach Abkühlung an den inneren Organen und speciell in den Lungen abspielen, darf aber wohl nur ein kleiner Theil auf die directe Wirkung der Mikroorganismen zurückgeführt werden.

Zur Frage der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung.

Von Dr. *Hugo Hieronymus Hirsch* in Köln a. Rh.

In einer jüngst erschienenen Abhandlung[1]) habe ich mich nachzuweisen bemüht, dass die Theorie der originären Hemmungsbildung, welche die angeborene Hüftverrenkung auf eine «primäre Keimesvariation» zurückführt, als unhaltbar zu betrachten, und dass die Erklärung der fraglichen Missbildung auf mechanischem Wege durch ein chronisch wirkendes intrauterines Trauma, in der Regel hervorgehend aus einer pathologischen Druckwirkung seitens der Uteruswandung und aus der eigenen Wachsthumsenergie des foetalen Oberschenkelbeines, zu geben sei.

Gegen meine Ausführungen sind kürzlich in dieser Zeitschrift von A. Alsberg[2]) eine Reihe von Einwendungen erhoben worden, die mir gewiss um so beachtenswerther erscheinen müssen, als dieselben der Privatklinik des um die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung so wohlverdienten Herrn Prof. Hoffa entstammen. Jedoch ich glaube nicht, dass durch die gemachten Einwendungen die als unhaltbar bezeichnete Theorie irgendwie rehabilitirt oder die von mir gegebene mechanische Erklärung im Mindesten widerlegt wird.

Gemäss der mechanischen Theorie bedeutet die mehr oder weniger hochgradige Verkümmerung der Hüftpfanne, wie sie gewöhnlich bei einer angeborenen Hüftverrenkung gefunden wird, ebenso wie die meist gleichzeitig vorhandenen Verunstaltungen von Schenkel-Kopf und -Hals lediglich eine Folge der durch äussere, mechanisch wirkende Momente herbeigeführten Luxation. Es stützt sich diese Auffassung auf die allgemeine Erfahrung, dass eine normale Entwicklung der Skelettheile normale Beziehungen zur Umgebung voraussetzt. Nach Enucleation eines Bulbus oculi bleibt bekanntlich die betreffende Orbita um so mehr in der Entwicklung zurück, je jünger das Kind bei der Operation gewesen ist. Die Exarticulation eines Humerus bei einem Neugeborenen hat eine hochgradige Störung der weiteren Wachsthumsentwickelung der zugehörigen Schulterpfanne zur Folge. Wann hier zwischen der Störung der normalen Beziehungen der wachsenden Skelettheile und der nachfolgenden Störung der Wachsthumentwicklung dieser Theile ein ursächlicher Zusammenhang besteht, so ist man wohl auch anzunehmen berechtigt, dass durch eine Wiederherstellung der normalen Beziehungen das weitere Wachsthum der Theile in die normalen Bahnen zurückgeleitet werden kann. Im Sinne dieser Annahme habe ich, wie es vorher bereits Lorenz[3]) selbst gethan hatte, das günstige Ergebniss der Lorenz'schen unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung zu der Schlussfolgerung verwendet, dass auch bei der angeborenen Hüftverrenkung durch Reposition des luxirten Schenkelkopfes das Wachsthum der verunstalteten Gelenktheile in die normalen Bahnen zurückgeleitet werden könne. Durch eine solche Thatsache wäre die Theorie der Hemmungsbildung widerlegt; denn eine, im Sinne dieser Theorie originär bedingte Verkümmerung der Hüftpfanne von solcher Stärke, dass sie secundär die Verrenkung des Gelenkes ohne besonderes Trauma bewirkte, könnte sich nicht im Laufe der weiteren Entwicklung wieder zurückbilden.

Alsberg beanstandet nun zunächst die erwähnte, die Theorie der Hemmungsbildung widerlegende Schlussfolgerung. «Nur in ganz wenigen Fällen», führt er aus, «bleibt der Schenkelkopf dauernd in der Pfanne. Eine völlig ausreichende Erklärung für diese Fälle bietet das Vorhandensein einer primär ziemlich tiefen Pfanne, wie wir das bei den blutigen Repositionen gar nicht so selten zu sehen bekommen».

Lorenz hat selbst in seiner ersten Veröffentlichung über seine Methode der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung[4]) betont, dass manche Versuche misslingen würden; abgesehen von der Schwierigkeit der Reposition und der Nachbehandlung läge in manchen Fällen eine so schlimme Verkümmerung oder Verunstaltung des Schenkelkopfes und insbesondere des Schenkelhalses vor, dass hierdurch ein günstiges Resultat von vornherein vereitelt werde. Ob nun «nur in ganz wenigen Fällen» die Methode zum Ziele führe, möchte ich vorläufig noch dahin gestellt sein lassen. Wenn aber in der Hoffa'schen Klinik bei blutigen Repositionen manchmal primär ziemlich tiefe Pfannen beobachtet worden sind, so bleibt es desshalb doch lediglich Vermuthung, dass in denjenigen Fällen, wo die Lorenz'sche Methode zum Ziele führt beziehungsweise geführt hat, — es ist ja nicht zu bezweifeln, dass es solche Fälle wirklich gibt — von vornherein eine hinreichend tiefe Pfanne vorgelegen habe. Doch selbst wenn diese Vermuthung zurecht bestände, so würde eine solche Thatsache keineswegs, wie Alsberg glaubt, für die Theorie der Hemmungsbildung, sondern erst recht dagegen sprechen: Wo bei hinreichend tiefer Pfanne die Verrenkung gefunden würde, wie könnte man letztere dort als «Spontanluxation» infolge einer originären Entwickelungsstörung der Hüftpfanne deuten wollen, wie könnte man dort dieselbe sich anders entstanden denken, als auf traumatischem Wege? Man muss also in den nach Lorenz geheilten Fällen beidemale eine traumatische Entstehung des Leidens annehmen, mag man mit Alsberg der Ansicht sein, die Reposition sei in eine primär hinreichend tiefe Pfanne erfolgt, oder mag man

[35]) Ponfick, Amtlicher Bericht der 50. Versammlung deutscher Naturforscher. München 1877, pag. 259.
[36]) Silbermann, Virchow's Archiv. Bd. 119, pag. 488.
[37]) Awdakow, Petersburger med. Wochenschrift 1876.
[38]) Lesser, Virchow's Archiv Bd. 79 pag. 284.
[39]) Welti, Ziegler's Beiträge 1889, IV pag. 521.
[40]) Sonnenburg, Verbrennungen und Erfrierungen. Deutsche Chirurgie 14.
[41]) Wagenmann, Gräfe's Archiv. Bd. 34.
[1]) H. H. Hirsch: Die Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung. Virchow's Archiv. Bd. 148, S. 500—522.
[2]) Aus der chirurgisch-orthopaedischen Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Hoffa, Würzburg, von A. Alsberg: Einige Bemerkungen zur neuesten Theorie der Entstehung angeborener Hüftluxationen. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 37.
[3]) A. Lorenz: Ueber die unblutig-chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mittels der functionellen Belastungsmethode. v. Volkmann's klin. Vorträge; Neue Folge No. 151/152, S. 519 u. 520.
[4]) a. a. O. S. 527 u. 530.

mit mir glauben, dass durch Wiederherstellung der normalen Lagerungsbeziehungen das Wachsthum der Gelenktheile in die normalen Bahnen zurückgelenkt werde.

Des Weiteren wendet sich Alsberg gegen den von mir entwickelten Mechanismus der traumatischen Entstehung des Leidens: Gemäss meinen Ausführungen müsste man den luxirten Schenkelkopf neben dem hinteren-unteren Pfannenrande antreffen; nach den Feststellungen von Grawitz, und den neueren Untersuchungen von Holtzmann und Delanglade stände der Schenkelkopf schon bei einem solcherweise erkrankten Foetus in der Regel viel höher oben, auf der Darmbeinschaufel, und von Kölliker seien sogar primäre Luxationes supracotyloideae beschrieben worden.

Wer meine Ausführungen gelesen hat, weiss, dass es mir vor Allem darum zu thun war, die mechanisch wirkenden Momente ausfindig zu machen, welche den Schenkelkopf aus der Pfanne hinauszuschieben vermöchten. Wenn ich mich in Folge dessen um das endgiltige Schicksal des luxirten Schenkelkopfes zu wenig bekümmert und so diesen zweiten Einwand selbst verschuldet habe, so hoffe ich, dass die folgenden Sätze das Versäumte wieder gut machen und damit auch diesen Einwand entkräften.

Beim Foetus besteht noch keine Beckenneigung, die Symphyse steht relativ hoch. Der Theil der Pfannenumrandung, welcher mit Ausbildung der Beckenneigung nach hinten zu liegen kommt, ist hier nach hinten unten gerichtet. Wenn nun jene aus der gepressten Lage des Foetus und der Wachsthumsenergie des foetalen Oberschenkels resultirende Kraft den Kopf des in seiner normalen Flexionsstellung befindlichen Femurs allmählich über den hinteren Pfannenrand hinausschiebt, so muss das Schicksal des luxirten Schenkelkopfes durch die schon frühzeitig ihren Tonus erhaltenden foetalen Hüftmuskeln mitbestimmt werden. Dies sind die Kräfte, welche Alsberg völlig ausser Acht lässt —, welche den Schenkelkopf auf das Darmbein hinaufziehen müssen. Die an der Basis des Schenkelhalses angreifenden Muskelzüge, deren Resultirende in der Richtung der Schenkelhalsaxe wirkt, pressen normaler Weise den Schenkelkopf direct gegen die Pfanne. Dieselben können daher, wie ich in den früheren Ausführungen betont habe, bei der ersten Entstehung der Luxation nicht mitwirksam sein; hierbei spielen sie nur eine passive Rolle, insofern sie auch in Verbindung mit der Widerstandsfähigkeit der Gelenkkapsel die Luxation des foetalen Schenkelkopfes nicht zu verhindern vermögen. Desshalb behalten diese Zugkräfte — hauptsächlich kommen der am Trochanter minor angreifende Ileopsoas und die am Trochanter maior angreifenden Glutaei in Betracht — doch ihren Werth, und sie müssen den luxirten, ohne festen Halt auf oder neben dem hinteren Pfannenrande stehenden Schenkelkopf nach oben hinziehen.

Hat sich so bei noch in Flexion befindlichem Oberschenkel eine Luxatio iliaca ausgebildet, so kann sich hieraus weiterhin eine Luxatio supracotyloidea entwickeln, indem bei Streckbewegungen des Beines — in der letzten Foetalzeit oder erst im postfoetalen Leben — der freibeweglich der Darmbeinschaufel anliegende Kopf des an der Basis des Schenkelhalses durch die Hüftmuskeln fixirten Femurs nach vorne gehebelt wird. Wenn Kölliker[5]) umgekehrt die angeborenen Luxationes iliacae auf primäre Luxationes supracotyloideae zurückführen möchte, so dürfte sich dies schwerlich mit den vorliegenden pathologisch-anatomischen Feststellungen in Uebereinklang bringen lassen. Holtzmann[6]) z. B., welcher 5 Foeten und 1 Neugeborenes theils mit einseitiger, theils mit doppelseitiger Hüftverrenkung untersucht hat, fand fast durchweg Luxationes iliacae; nur ein Foetus mit doppelseitiger Verrenkung hatte rechterseits eine Luxatio supracotyloidea. Es stand hier der Schenkelkopf unter der, in auffälligster Weise kuppelartig emporgewölbten, knorpeligen Verbindung von Darm- und Schambein. Die abnorme Emporwölbung dieses Beckentheiles weist doch wohl darauf hin, dass in diesem Falle bei der Entstehung der Luxation aussergewöhnliche Umstände mitgewirkt und einen aussergewöhnlichen Mechanismus der Entstehung bedingt haben. Vielleicht hat es sich um eine abnorme Haltung des Gliedes gehandelt — in der Holtzmann'schen Publication ist über diesen Punkt nichts mitgetheilt —, oder es ist der Schenkelkopf durch eine benachbarte Geschwulst etwa der Gebärmutter direct in die abnorme Richtung hineingedrängt worden.

Das öftere Vorkommen einer angeborenen Hüftverrenkung beim weiblichen Geschlecht habe ich dahin erklärt, dass durch die bereits Ende des 5. Foetalmonats nachweisbare besondere Gestaltung des weiblichen Beckens die Entstehung des Leidens nach dem entwickelten Mechanismus begünstigt werde. Aus meinen diesbezüglichen Ausführungen glaubt Alsberg schliessen zu müssen, meiner Ansicht nach könne eine angeborene Hüftverrenkung nur erst nach dem 5. Foetalmonat entstehen, — was nach den Feststellungen Holtzmann's nicht zutreffe. Ich bin aber keineswegs einer solchen Ansicht, und ich kann auch nicht zugeben, dass Derartiges aus meinen Ausführungen hervorgehen soll. — Dass die beiden 1. Foetalmonate in Betracht kämen, halte ich in der That für ausgeschlossen, da bis dahin die Differenzirung der Gelenke noch nicht genügend weit gediehen sein dürfte. Wenn aber im 3., im 4. und in dem grössten Theil des 5. Foetalmonats die beiden Geschlechter gleich gefährdet sind, in der übrigen Foetalzeit das weibliche Geschlecht durch das Hinzutreten eines besonderen Momentes mehr gefährdet ist, so muss sich doch wohl hieraus eine grössere Häufigkeit des Leidens bei dem weiblichen Geschlecht ergeben, wenn anders nicht das Gegentheil von dem, was nach Alsberg meine Erklärung voraussetzte, zutreffen soll, wenn anders die Zeit vom Ende des 5. Foetalmonats ab für die erste Entstehung des Leidens nicht mehr in Frage kommen soll.

Was schliesslich die Ausführungen Alsberg's über die Erblichkeit der angeborenen Hüftverrenkung betrifft, so scheinen mir dieselben nur wieder zu beweisen, welche Unsicherheit und Unklarheit noch immer bezüglich Umfang und Inhalt dieses Begriffes besteht. Alsberg spricht schlankweg von der «nicht abzuleugnenden Thatsache der Erblichkeit». Thatsache ist aber nur, dass das Leiden mehrfach bei einzelnen Gliedern aufeinander folgender Generationen beobachtet worden ist. Während die Einen die aus diesen Beobachtungen gefolgerte Erblichkeit geradezu als etwas Thatsächliches betrachten, erscheint letztere den Anderen im Hinblick auf die Thatsache, dass in weit-weitaus den meisten Fällen die erkrankten Individuen von gesunden Eltern abstammen und auch selbst wieder gesunde Kinder zeugen, als unbewiesene und unbeweisbare Hypothese. Wenn ich selbst auch nur die letztere Auffassung als die richtige anerkennen kann, so habe ich doch die erstere Partei mit der traumatischen Theorie noch weiter zu versöhnen gesucht. Die relativ sehr kleine Zahl der Beobachtungen von familiärem Auftreten des Leidens betrifft zumeist Fälle, in denen die scheinbare Vererbung durch den mütterlichen Theil erfolgt ist. Mit Bezug auf diese Fälle habe ich bemerkt, dass man hier ebenso gut wie eine directe Vererbung der Missbildung eine vererbte Neigung zu mangelhafter Fruchtwasserabsonderung annehmen könnte. Dabei sind dann nur die seltenen Ausnahmen unberücksichtigt geblieben, in welchen der Vater die gleiche Missbildung darbot, wie eines oder mehrere seiner Kinder. Wenn in so vielen 1000 Fällen das Leiden beobachtet worden ist, ohne dass von einer Vererbung durch den Vater die Rede sein konnte, ist es dann so absurd, das so seltene Zusammentreffen der Erkrankung bei Vater und Kind als ein zufälliges, d. h. als durch Bedingungen, die nichts mit der Erblichkeit zu thun haben, veranlasst hinzunehmen?

Nebenbei bemerkt, kann ich nicht einsehen, dass der von Alsberg nach Krönlein, beziehungsweise nach Stadfeldt citirte Fall hier angeführt zu werden verdient. Dort litt der Vater an einer «leichten Hüftgelenksaffection». Das ist wohl gewiss keine Verrenkung gewesen, eine nicht corrigirte angeborene oder später erworbene Hüftverrenkung bedeutet wohl — auch in der Hoffa'schen Klinik — immer eine «schwere» Affection. Auch erscheint es mir nicht angängig, wie Alsberg dies thut, angeborene Hüftverrenkungen und angeborene Verrenkungen der Kniescheibe bezüglich der Frage ihrer Entstehung ohne Weiteres neben einander zu stellen. Die beiden Gelenke haben doch eine principiell verschiedene Entwicklungsgeschichte: beim Hüftgelenk sind die Gelenktheile ursprünglich continuirlich mit einander verbunden, die Kniescheibe dagegen entwickelt sich gegenüber dem Femur discontinuirlich.

Nach alledem bin ich den Einwendungen Alsberg's gegenüber wohl berechtigt, den in der Schlusserörterung meiner Abhandlung über die Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung ausgesprochenen Satz, dass die von mir entwickelte Theorie alle in Betracht kommenden Thatsachen genügend berücksichtige und mit keiner Thatsache im Widerspruch stehe, als noch unwiderlegt zu betrachten.

---

[5]) Th. Kölliker: Die Luxatio femoris congenita supracotyloidea. Centralblatt für Chirurgie, 1895, No. 45.

[6]) H. Holtzmann: Die Entstehung der congenitalen Luxationen der Hüfte und des Knies und die Umbildung der luxirten Gelenktheile. Virchow's Archiv, 1895. Bd. 140. S. 277 u. 278.

Jahresbericht der k. Universitäts-Augenklinik München für das Jahr 1896

mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.

Von Dr. *Ebner*, k. Assistenzarzt I. Classe.

(Schluss.)

Gesammtbulbus und Orbita.

Atrophia bulbi	8 (5)	Orbitalphlegmone	1 (1)
Phthisis	7 (7)	Periostit. margin. infraorbit.	1 (1)
Anophthalmus	11 (2)		

Die Fälle von Anophthalmus, in denen der Grund der Entfernung des Bulbus zu ermitteln war, vertheilen sich folgendermaassen: 1 chronische Cyclitis, 3 Iridocyclitis nach Verletzung, 2 Panophthalmie.

Die Orbitalphlegmone war in Folge von Periostitis im oberen Orbitadach entstanden bei einer 39jährigen Frau. Aus der Verdrängung des Bulbus nach vorne, unten, innen, war auf Eiteransammlung im oberen äusseren Quadranten zu schliessen. Tiefe Incision hier direct unter dem Orbitalrand, Ausspülung mit Oxycyanid, Drainage brachte in 37 Tagen Heilung.

Die Periostitis ging auf Kataplasmen (Wärmedose) bald zurück.

Lider.

Blepharitis squamos.	78	Trichiasis	16 (1)
„ ulceros.	80 (11)	Distichiasis	5
Ekzem. palpebr.	11	Madarosis	3
Ulcus syphilit.	1	Blepharophimos.	2
Vulnus	14 (6)	Blepharospasmus	4
Hordeolum	16	Ptosis	3
Chalazion	30	Paralyse d. Orbicular.	2
Abscessus	68 (14)	Cyste am Lidrand	2
Entropium	22 (4)	Verruca	2
Ectropium	19 (1)	Atheroma	3

Gegen Blepharitis wandten wir nach Entfernung der Schuppen und Borken die bereits mehrfach erwähnte gelbe Salbe mit gutem Erfolg an. Auf die operative Therapie der Stellungsanomalien der Lider näher einzugehen, würde zu weit führen. Wohl aber erscheint es mir angebracht, für Fälle von perforirenden Lidwunden darauf hinzuweisen, dass, wenn sie den Lidrand mit einbegreifen, eine sehr exacte Vereinigung der Wundränder durch die Naht vorgenommen werden muss, da sonst Lidcolobome und Ectropien entstehen. Ganz ist dies auch bei der grössten Sorgfalt manchmal nicht zu vermeiden, wie sich bei einem Fall zeigte, in dem das rechte Oberlid derart abgerissen war, dass es nur am äusseren Drittel hing. Am besten vereinigt man zuerst an der Innenfläche Bindehaut und Knorpel, dann erst die Haut. Auch im Lidrand selbst muss eine Naht gelegt werden. Der Verband wird, um Lidbewegungen zu verhindern, am besten über beide Augen angelegt.

Der eine Fall von Orbicularisparalyse betrifft einen Mann, der bei Sedan einen an der Wange ein-, am Nacken austretenden Schuss erhalten hatte. Totale Facialislähmung rechts.

Der zweite Fall war rheumatischer Natur und wurde durch Anwendung des constanten Stromes geheilt.

Bei dem 25 jährigen Z. war nach einem Fall mit der rechten Augengegend gegen ein Kisteneck Emphysem des Oberlides aufgetreten. In solchen Fällen ist, wenn an der tastbaren knöchernen Umrandung der Orbita keine Fractur oder schmerzhafte Stelle sich finden lässt, wie es in unserem Fall war, Fractur der Lamina papyracea des Siebbeins anzunehmen.

Thränenorgane.

Dacryocystitis acut.	13 (5)	Ectasia sacci lacrym.	2
„ chronic.	24 (15)	Fistula	4 (1)

Gegen acute Dacryocystitis wird Spaltung des oberen Thränenröhrchens und Ausspritzung — nach Schlösser mit Oxycyanidlösung — angewendet. Auf die Ausspritzung folgt meist ziemlich bedeutende reactive Schwellung der Thränensackgegend. Dieselbe geht aber bald zurück und schon nach 1 bis 2 maliger Anwendung ist das Secret nicht mehr eitrig und tritt sehr rasche Heilung ein. Ist bereits starke Schwellung und Fluctuation vorhanden, so wird mit Spitzbistouri die vordere Wand des Thränensackes gespalten, mit Gazestreifen tamponirt, und bei verzögerter Heilung mit Paquelin Verschorfung des Thränensackes vorgenommen. Bleibt eine Fistel zurück, so führt meist galvanokaustische Behandlung zum Ziel.

In einem Fall, in dem der Thränensack anderwärts exstirpirt worden war, im oberen Recessus aber ständig noch kleine Eiteransammlung sich bildete, wurde feine Platinschlinge durch das Thränenröhrchen möglichst tief eingeführt und zum Glühen gebracht, worauf Heilung eintrat.

Motilitätsstörungen.

Pares. oculomotorii	3	Strabism. converg. monolat.	6 (5)
Paralys. „	1	„ „ altern.	43 (20)
Pares. intern.	4	„ „ periodic.	1
Paralys. „	1	„ diverg. monolat.	4 (4)
Pares. abduc.	9 (2)	„ „ altern.	19 (6)
Paralys. „	3	„ „ periodic	5
Pares. trochlearis	1	Nystagmus	18
Ophthalmoplegia extern.	1	„ periodic.	1
„ intern.	2		

Vollständige Oculomotoriuslähmung war 3 mal nach Trauma (davon 1 Schussverletzung) eingetreten. Internuslähmung 1 mal nach Verletzung. Externuslähmung 1 mal Gumma, 2 mal Basisfractur, 1 mal Schussverletzung. Bei Ophthalmoplegia interna war die Ursache 1 mal cerebral, 1 mal Trauma und zwar war in letzterem Falle, da auch Anaesthesie der Cornea bestand (nach Steinwurf) zweifellos das Ganglion ciliare verletzt. Die Ophthalmoplegia externa sollte seit Geburt bestehen.

Bei frischen Lähmungen, besonders den rheumatischen, erzielten wir durch den constanten Strom — Anode im Nacken, Kathode auf die geschlossenen Lider in möglichster Nähe des gelähmten Muskels — häufig entschiedene Besserung.

Strabismus convergens fand sich in 2 Fällen bei hochgradiger Myopie.

Die Therapie bei Strabismus bildete die Tenotomie (25 mal bei convergentem, 9 mal bei divergentem Schielen). Bei höheren Graden — Ablenkung von mehr als 20—25° bezw. 4 mm linear bei Strabism. convergens, über 10° bezw. 2 mm linear bei divergens — wurde in den Antagonisten ausserdem noch eine Naht eingelegt, oder beiderseits Rücklagerung gemacht.

Einmal bestand, als bei alternirendem Strabismus convergens beiderseits Tenotomie des Internus vorgenommen worden war, Anfangs starke Divergenz. Durch methodische Uebung und das Tragen einer entsprechenden Prismenbrille (Basis nach der Zugrichtung des zu unterstützenden Muskels, als hier nach innen) wurde vollständige Geradstellung erreicht.

Nach der Operation werden natürlich die corrigirenden Gläser verordnet.

Neubildungen.

In einem Falle fand sich in der Gegend des unteren Orbitalrandes ein Epitheliom, das excidirt wurde.

Uvealsarkom wurde 3 mal beobachtet. In dem einen dieser Fälle war bereits im März 1895 Apoplexie und Ablatio retinae constatirt worden. März 1896 wurde, als Patient, durch heftige Schmerzen gezwungen, die Klinik aufsuchte, eine, anscheinend von den nasalen Ciliarfirsten ausgehende Geschwulst festgestellt und die Enucleation vorgenommen. Der Tumor erwies sich als Leukosarkom, das im Gegensatz zu den pigmentirten Sarkomen im Auge ziemlich selten ist.

2. Der 41 jährige H. kam vor 3 Jahren das 1. Mal in die Klinik, wobei eine Ablösung des oberen Drittels der Netzhaut festgestellt wurde. Zwei Jahre früher war ihm ein Stein gegen das Auge geflogen, und fand sich als Folge dieses Traumas eine aussen horizontal durch Hornhaut, Limbus und Sklera verlaufende Narbe. Das schon damals erblindete Auge soll dann kleiner geworden sein. December 1896 kam Patient wieder, da erneute Entzündung und Schmerzhaftigkeit aufgetreten war. In dem nunmehr enucleirten Bulbus fand sich ein hauptsächlich den temporal oberen Theil ausfüllendes Melanosarkom. Es hatte sich in dem, in Folge der Verletzung atrophisch gewordenen Auge wahrscheinlich später von der Ciliarkörpernarbe aus die Neubildung entwickelt.

3. Der 56 jährige G. hatte seit circa 1 Jahr das Sehvermögen rechts verloren. Seit 10 Tagen mit heftigen Schmerzen einhergehende Entzündung. Der vorhandene Status glaucomatosus sowie die Vorderkammer erfüllende bräunliche Massen liessen die Diagnose auf intraocularen Tumor stellen. Ausserdem war hochgradige gleichmässige Vergrösserung der Leber festzustellen. Wegen der bedeutenden Körperschwäche bei extrem cachektischem Habitus wurde natürlich von einer Enucleation Umgang genommen und Patient in das zuständige Krankenhaus verwiesen, wo er nach 3 Wochen starb. Die Untersuchung des Bulbus, der mir von Herrn Bezirksarzt Dr. Wacker in Landsberg in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt wurde, zeigte, dass temporal im hinteren Abschnitt ein fast ³/₄ des Innenraumes erfüllender schwärzlicher Tumor die Bulbushüllen durchbrochen hatte und zwischen M. externus und Opticus eingewuchert war. Retina und Chorioidea waren von Sarkomgewebe gleichmässig durchsetzt, so dass keine Spur ihrer Structur mehr vorhanden war, und auch in den Opticus war die Neubildung durch die Lamina cribrosa eingedrungen. Auch Iris und Ciliarkörper waren sarkomatös entartet.

Der Regel nach, da ja erfahrungsgemäss das Auge zu den Organen gehört, die nach Virchow grosse Neigung zu protopathischer Geschwulstbildung, geringe aber zu metastatischer haben, müssen wir hier primäres Uvealsarkom annehmen. Nun kommt, allerdings selten, ein primäres Melanosarkom der Leber vor, das in Form einer diffusen Entartung auftritt. Die bedeutende Vergrösserung der Leber, anscheinend ohne wesentliche Formveränderung, die wir in unserem Falle fanden, lässt mich daher die Möglichkeit nicht ausschliesen, dass die Section, die leider unterbleiben musste, uns in den Stand gesetzt hätte, den zwei bisher sicheren Fällen von metastatischem Uvealsarkom einen dritten anzureihen.

Glioma retinae kam zweimal zur Beobachtung.

Der eine Fall betraf ein 2 jähriges Mädchen, bei dem von den Angehörigen seit einem halben Jahr ein gelbes Aussehen der linken Pupille bemerkt worden war. Die Section des sofort enucleirten Bulbus bestätigte die Diagnose.

Die Diagnose ist übrigens nicht immer leicht. Denn auch Chorioiditis exsudativa, wie sie nach Infectionskrankheiten auf-

tritt und eine bestimmte Art von Netzhautablösung bieten das ganz gleiche Bild, so dass auch berühmten Ophthalmologen diesbezügliche diagnostische Irrthümer begegnet sind. Derlei Entzündungsformen werden als Pseudogliome bezeichnet. Eines der wichtigsten differentialdiagnostischen Merkmale ist die Tension, die beim Gliom normal oder erhöht, beim Pseudogliom meist herabgesetzt ist. Das Sicherste ist jedenfalls nach Schweigger die Punction durch die Sklera und Auslöffelung eines Stückchens des fraglichen Tumors.

Der zweite unserer Fälle, ein 4jähriges Kind, wurde mit beiderseitigem Gliom gebracht. Am einen Auge hatte die Neubildung die Cornea schon vollständig zerstört und ragte als haselnussgrosser Tumor, der nach 2 Monaten bereits kindsfaustgross war, hervor. — Da in diesem Fall Metastasenbildung sicher anzunehmen war, lehnte v. Rothmund einen Eingriff ab.

Was das doppelseitige Vorkommen von Gliom betrifft, so ist dasselbe nicht so selten, nach Wintersteiner in 18 Proc. Die bisher anatomisch untersuchten Fälle, in denen niemals ein Uebergreifen der Neubildung von einem Auge auf das andere längs des Sehnerven nachgewiesen werden konnte, lassen es zweifellos erscheinen, dass die Erkrankung beiderseits selbständig angeboren ist. — Die Frage, ob bei doppelseitigem Gliom beiderseits enucleirt werden soll, beantwortet Wintersteiner bejahend, da der Arzt die Pflicht habe, mit allen Mitteln, sofern ein Erfolg zu hoffen ist, das Leben seines Patienten zu erhalten. Andere, wie z. B. Hirschberg, operiren in solchen Fällen nicht.

Bei inoperablen Tumoren, an denen oberflächlicher Zersetzungsprocess mit oft heftigen parenchymatösen Blutungen eintritt, wandte Nieden 5—10proc. Formollösung an, indem er auch bei Kindern den Tumor mit in diese Lösung getauchter Gaze bedecken liess. Es trat trockene Gangraenescenz ein, die Blutung war gestillt und der Geruch verschwunden. Auch unter den Borken erfolgte kein neuer Zerfall.

Der letzte Fall unserer Neubildungen betrifft einen Tumor cavernosus.

Bei der 22jährigen R. war seit dem 8. Jahr bald nach einem Schlag mit einer Hacke das Auftreten einer sehr langsam wachsenden Geschwulst in der rechten Augengegend beobachtet worden. Der Bulbus zeigte sich stark vorgedrängt durch eine temporal oben in die Orbitalhöhle sich erstreckende, theilweise fluctuirende Geschwulst. Nach Entfernung derselben in Narkose nahm das Auge bei vollkommener Beweglichkeit wieder seine natürliche Lage ein.

Verletzungen.

Zu den schweren Traumen des Auges sind auch die Verbrennungen von Cornea und Conjunctiva zu rechnen, 30 Fälle, die meist durch Kalk verursacht waren. Die gewöhnlich gerathene Einträufelung von Olivenöl kommt meist zu spät. Man muss sich dann darauf beschränken nach gründlicher Anaesthesirung die Kalkpartikel sorgfältig zu entfernen. Der intensive Schmerz wird durch Cocain oder Holocain gelindert und Eisumschläge gemacht. Später, nach Ablauf der entzündlichen Reaction werden, um wo möglich noch einige Aufhellung in der Cornea zu bewirken, Kataplasmen und Wärmedose, dann Massage, angewendet. Dem bei dieser Verletzung drohenden Symblepharon kann man durch fleissiges Abziehen der Lider entgegenzuwirken versuchen. Gewöhnlich aber nützt dies ebensowenig, wie das von Einigen angegebene Einlegen von Schalen etc. in den Bindehautsack. Hier kann nur eine nach Ablauf der Reizung vorgenommene plastische Operation (Transplantation) einen Erfolg haben.

Von den Verletzungen, die den Gesammtbulbus betrafen, möchte ich zuerst die Contusionen ohne Laesion der Bulbushüllen erwähnen, 12 an der Zahl.

Allen Fällen von Augenquetschung ist mehr oder minder ausgesprochenes Oedem von Hornhaut und Linse, sowie meist Mydriasis durch Sphincterlähmung gemeinsam. Viermal fand sich ausserdem beträchtliche Irisblutung aus kleinen Einrissen. Diese pflegen ungemein rasch resorbirt zu werden; so war eine die ganze Vorderkammer ausfüllende Haemorrhagie nach 2 Tagen vollständig verschwunden.

Lediglich Cataract. traumatica trat ein: einmal nach Schlag mit der Hand, einmal mit stärkeren Iriseinrissen verbunden; einmal zeigte sich nach Anfliegen eines Eisenstückes Subluxation der Linse.

Besonders erwähnenswerth erscheinen folgende Fälle:

1. Schraubenmutter gegen das r. Auge: Auf und um die Papille mehrere kleine Haemorrhagien. Bei Entlassung V = $^6/_6$.

2. Holzscheit gegen das r. Auge: Auser feinen Trübungen der Linse, im Fundus, in der Nähe der Macula, fast radiär gegen diese gerichtet, vier kleine Rupturen in der Chorioidea mit kleineren und grösseren Blutungen. Bei Entlassung V $^5/_{60}$.

Aderhautzerreissung durch Quetschung von rückwärts wies folgender Fall auf:

3. Der 26jährige Br. wurde vor 5 Jahren durch Schuss in den Mund verletzt, so dass die Kugel den Gaumen durchschlug und in schräger Richtung nach oben und hinten drang; Ausschussöffnung nicht vorhanden. Das Sehvermögen war nach der Verletzung sofort aufgehoben: Totale Oculomotoriuslähmung; Pupillarreaction unbehindert, Sehnerv atrophisch. Unterhalb der Papille breite bogenförmige Chorioidealruptur, über welche die unwesentlich veränderten Retinalgefässe verlaufen. Am Ende der Ruptur und um diese Pigmentanhäufungen — Residuen von Blutungen; im hintersten Glaskörperabschnitt ziemlich unbewegliche Trübungen. Die Verletzung von Sehnerv und Oculomotorius war hier jedenfalls im hinteren Abschnitt der Orbita erfolgt.

4. Ladung eines Zimmerstutzens an's r. Auge. Das Projectil wurde aus einer Bindehauttasche temporal vom Hornhautrand entfernt. Kleine Iridodialyse. Linse, Glaskörper klar, Fundus ohne Blutung. Später membranartige Trübungen im Glaskörper, sowie eine der Anschlagstelle der Kugel entsprechende Ablatio retinae. Durch Diaphorese Anfangs nennenswerthe Besserung, bald aber durch Vergrösserung der Ablösung das Sehen auf ein Minimum reducirt.

5. Vor 5 Monaten vom Boden abprallende Stange gegen das r. Auge. Erst 1 Monat nach dem Unfall Abnahme des Sehens. Glaskörper von staubigen Trübungen erfüllt, fast totale Netzhautablösung.

Was die Behandlung solcher Contusionen betrifft, so ist in erster Linie Bettruhe, sowie, um bei Linsenkapselruptur rapide Blähung zu vermeiden, Eisumschläge, um stärkerer Erhöhung des Innendruckes vorzubeugen, Atropineinträufelung angezeigt. Geht die etwa entstandene Tensionserhöhung auf diese Weise nicht zurück und stellt sich ein wirklicher Glaukomanfall ein, so muss Extraction der geblähten Linsenmassen nach aussen vorgenommen werden.

Zur Beförderung der Aufsaugung intraocularer Haemorrhagien hat uns die nach Abklingen der ersten entzündlichen Reaction angewandte Diaphorese wesentliche Dienste geleistet.

Wird durch ein Trauma auch nur die geringste Verletzung der Hornhaut verursacht, so ist es unbedingt nöthig, Verband, am besten mit gelber Salbe, anzulegen. Die meisten der zur Beobachtung gekommenen schweren Ulcera und Hypopyonkeratitiden konnten auf eine vernachlässigte Hornhautverletzung zurückgeführt werden.

Von den perforirenden Bulbusverletzungen, deren wir im Ganzen 29 hatten, sind die prognostisch günstigsten die, in denen bloss Hornhaut und Iris betroffen wurden, 2 Fälle, in denen reizlose Heilung mit guter Sehschärfe erfolgte. In 2 Fällen war ausser der Cornea auch die Linsenkapsel verletzt. Verletzungen von Cornea mit Iriszerreissung bezw. Prolaps und Cataract traumatic. kamen 11 mal vor, davon war in einem Fall die Linse in den Glaskörper luxirt nachweisbar.

In 2 Fällen trat in Folge der Verletzung Panophthalmie ein, einmal musste wegen drohender sympathischer Ophthalmie enucleirt werden. In einem Fall wurde durch nachträgliche Extraction der traumat. Cataract V = $^1/_2$ erreicht. Praktisch wird freilich durch die Entfernung der getrübten Linse, wenn das andere Auge noch sehtüchtig ist, nicht viel mehr als Erweiterung des Gesichtsfeldes erreicht. Denn einseitig werden Staargläser erfahrungsgemäss niemals ertragen.

Zu den schwersten Verletzungen zählen die Corneoskleralwunden mit Iris- bezw. Ciliarkörperprolaps. Von den 12 Fällen, die hier zur Beobachtung kamen, mussten 3 enucleirt werden — davon 1 Fall, der schon längere Zeit reizlos gewesen war. 7 mal trat Atrophia bulbi ein; 2 endlich wurden mit minimalem Sehvermögen entlassen.

Perforirende Skleralwunden kamen 2 vor. In 1 Fall durch Eisensplitter, der mit $^1/_3$ Sehschärfe entlassen worden war, traten später derartige Glaskörpertrübungen auf, dass kaum noch Handbewegungen erkannt wurden.

Besser war der Ausgang bei dem 2. Fall: Durch Messer Oberlidwunde und 3 mm vom oberen inneren Hornhautrand Sklera perforirt. Durch die Conjunctiva und Episklera fassende Nähte wurde die klaffende Skleralwunde geschlossen und Patient nach reizloser

Heilung mit V = $^6/_8$ und freiem Gesichtsfelde entlassen. Freilich besteht in solchen Fällen immer noch die Gefahr einer späteren Netzhautablösung, was auch für Abgabe von Gutachten wichtig ist.

Wenn ich die Ausgänge der meisten schweren Corneoskleralverletzungen überblicke und mir gegenwärtig halte, dass von 11 in diesem Jahr ausgeführten Enucleationen 6 Augen betrafen, die in Folge früherer Verletzungen mehrfach Entzündungsprocesse durchgemacht hatten, so möchte ich zu dem Schlusse kommen, dass man hier mit der conservativen Therapie nicht zu weit gehen soll. Glatte Wunden durch scharfe Instrumente lassen eine relativ bessere Prognose stellen. Klafft die Sklera, so werden, wie bereits erwähnt, durch Conjunctiva und Episklera Nähte gelegt und antiseptischer Verband angelegt. Auch das unverletzte Auge wird verbunden und der Patient im Bett gehalten. Fetzen vorgefallener Iris werden vorsichtig, ohne etwa schon bestehende Verklebungen mit den Wundrändern zu lösen, abgetragen. Bei diesem Eingriff ist aber gründliche Anaesthesirung des Auges durch mehrmaliges Einträufeln von Holocain oder Cocain ein Haupterforderniss.

Bei ausgedehnten Berstungen der Bulbushülle aber wird am besten sofort enucleirt. Es ist ja möglich, dass das Auge reizlos wird. Aber in den meisten Fällen treten später auf geringfügige Veranlassung hin oder spontan erneute Entzündungsprocesse auf, die den Kranken längere Zeit arbeitsunfähig machen, und das Ende ist, um das unverletzte Auge zu retten, dann doch meistens die Entfernung des verletzten.

Wo nach einer Verletzung ein Eisen- oder Stahlsplitter im Augeninnern vermuthet werden konnte, wurde durch Anlegen des Auges an den nach Angabe Schlösser's gefertigten grossen Elektromagneten die Extraction versucht.

In 1 Fall steckte der Splitter in der Iris und wurde nach Eröffnung der Vorderkammer mit dem Irisstückchen entfernt.

Bei dem 37jährigen Fr. war ein Stückchen eines Radreifens durch temporalen Hornhautrand und Iris gedrungen und in der Retina, nahe der Macula nachzuweisen. Schon beim ersten Anlegen des cocainisirten Auges an den Magneten spürte der Patient den charakteristischen ziehenden Schmerz, und bemerkte man, dass die Iris durch den angezogenen Fremdkörper gegen die Hornhaut gepresst wurde. Bald erschien dieser auch in der Iris. Wegen drohender Iridodialyse wurde die weitere Operation mit dem Magneten aufgegeben, die Vorderkammer mit gerader Lanze eröffnet und das den Splitter bergende Irisstückchen abgekappt. Reizlose Heilung. Entlassung mit V = $^6/_{18}$ (wegen noch bestehender leichter Hornhauttrübung).

In 3 Fällen blieb der Extractionsversuch resultatlos. In dem einen, bei dem wegen Linsentrübung ein Einblick unmöglich war, und beim Anlegen an den Magneten keinerlei Reaction erfolgte, war der Fremdkörper wahrscheinlich auch durch die hintere Bulbuswand gedrungen. V = $^1/_{20}$.

Im zweiten Fall, in dem das durch Hornhaut, Iris und Linse gedrungene Eisenstückchen temporal unten von der Macula zu sehen war, steckte der Fremdkörper offenbar zu fest. Später traumatische Cataract.

Der letzte Fall endlich kam erst 4 Wochen nach der Verletzung. Der Fremdkörper war jedenfalls schon eingekapselt. Wegen Iridocyclitis chronic. später Enucleation.

Wenn ein Eisensplitter, dessen Entfernung nicht gelingt, auch reizlos einheilt, so ist noch nicht alle Gefahr vorüber. Nach Jahren noch kann sich durch Glaskörperschrumpfung Netzhautablösung entwickeln, oder schwere Entzündung auftreten, es kann, wie v. Hippel zeigte, auch bei nicht abgelöster Netzhaut zu Degeneration derselben und damit zur Erblindung kommen. Um so mehr ist es Pflicht des Arztes, gegebenen Falles sofort einen Extractionsversuch zu machen, bezw. zu veranlassen, zumal daraus ja niemals ein Schaden erwächst.

Schlechter noch ist die Prognose, wenn ein Fremdkörper, dem man mit dem Magneten nicht beikommen kann, eingedrungen ist. Hier kann ein Extractionsversuch natürlich nur gemacht werden, wenn die Lage des Splitters genau festgestellt werden konnte. Ist der Extractionsversuch erfolglos, oder unmöglich, so ist meist die Enucleation die beste Therapie. Besonders bei Kupfersplittern (Zündkapseln) verursacht ausser dem mechanischen auch der chemische Reiz, das Entstehen der deletären Cyclitis. Die Hauptgefahr aber ist bei diesen Verletzungen die sympathische Ophthalmie. Freilich wird der Vorschlag der Entfernung des Auges nicht selten von unvernünftigen Angehörigen zurückgewiesen.

So musste ein Kind, das durch ein Sprengstück einer Patrone verletzt worden war, nach langwieriger Entzündung mit minimalem Sehvermögen vorläufig entlassen werden. In einem weiteren Fall trat nach Eindringen eines Bleiprojectils in den Bulbus Panophthalmie auf.

Ein interessantes Bild bot noch eine centrale Laesion durch Trauma.

Der 44jährige G. fiel von einer Leiter und schlug mit dem Hinterkopf gegen eine Mauer auf, so dass er 3 Wunden davon trug. Er war 5 Minuten bewusstlos und blutete aus Mund und Nase. Starke Kopfschmerzen, Nebligsehen, das aber bald wieder verschwand. Verletzung des Schädeldaches nicht nachzuweisen. Gesichtsfeld erheblich eingeengt. Ferner war Patient unfähig, den Blick nach rechts zu wenden.. Wurde aber ein Auge verdeckt, so konnte das andere ganz gut nach rechts gerichtet werden. Störung in der Function des Externus rechts und des Internus links war also ausgeschlossen und konnte nur die coordinirte Bewegung nach rechts nicht ausgeführt werden. Es lag demnach zweifellos eine Laesion (Oedem) in den subcorticalen oder corticalen Centren der coordinirten Augenbewegungen vor. Ausserdem bestand leichte Labyrintherschütterung rechts. Nach 24 Tagen vollkommene Heilung.

Functionelle Sehstörungen.

Ohne auf die Streitfrage bezüglich der Genese dieser interessanten Störungen einzugehen, was auch den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, will ich nur kurz die bezüglichen Krankengeschichten erwähnen.

Dienstmädchen Sch. vor 2 Monaten aus ziemlich beträchtlicher Höhe gefallen und mit dem Kopf auf den Boden aufgeschlagen. Symptome der Gehirnerschütterung bald behoben; keine Weichtheil- oder Knochenverletzung. Häufig intensiver Kopfschmerz, besonders bei Arbeiten, die mit Bücken verbunden sind. Die geringsten Mengen Alkohol rufen heftigste Kopfschmerzen hervor. V = bds. $^6/_6$. Ophthalmoskopisch vollkommen normal; Gesichtsfeld concentrisch eingeengt. — Diagnose: Traumatische Neurose.

Aehnliche Erscheinungen boten noch 4 weitere Fälle.

Im Gesichtsfeld haben wir einen wesentlichen Anhaltspunkt, wenn solche Störungen vorliegen. Ausser der concentrischen Einengung zeigt sich eine relativ grössere Einengung für Blau, dessen Grenzen die Grenzen des Gesichtsfeldes für Roth erreichen, oder sogar kleiner werden können. Ferner finden wir die Ermüdungseinengung. Bei mehrmaligem Perimetriren in einem Meridian werden die Grenzen immer enger bis zu ganz kleinen Resten.

Freilich muss hier wiederholte ophthalmologische und neurologische Untersuchung Hand in Hand gehen, sonst ist man nicht vor Simulation sicher. Besonders in Fällen, in denen thatsächlich eine Anomalie vorliegt, wird behufs Erlangung einer höheren Unfallsrente die Sehstörung häufig stärker darzustellen versucht. In 2 derartigen Fällen gelang es durch Spiegelproben, die Leute zu entlarven.

Bei Neurasthenikern finden sich bei Gesichtsfeldaufnahmen ebenfalls alle möglichen Störungen.

So hatte der 25jährige stud. R. seit 10 Tagen auffallende Abnahme des Sehvermögens links beobachtet, was er auf Ueberanstrengung durch Naharbeit zurückführte. Abusus von Alkohol und Tabak entschieden negirt. Objectiv vollkommen normaler Befund. Jedoch zeigte sich die Sehschärfe auf $^1/_6$ reducirt und das Gesichtsfeld bot bei normalen Aussengrenzen ein grosses centrales und dazu noch ein ringförmiges relatives Scotom für Farben. Bei der Entlassung nach 4 Tagen war das centrale Scotom noch grösser. Patient ging dann in die Ferien, während welcher Zeit sich die Beschwerden vollkommen verloren. Nach 2 Monaten stellte er sich wieder vor, da er nach angestrengter Arbeit dieselbe Erscheinung diesmal rechts bemerkte. Das Sehvermögen, das bei der letzten Untersuchung auf diesem Auge normal war, zeigte sich jetzt auf Fingerzählen in nächster Nähe vermindert bei negativem Spiegelbefund. Das Gesichtsfeld wies ein centrales absolutes Scotom für Farben auf, während auf dem linken Auge keine Spur eines Scotoms mehr vorhanden war. Auch die Sehschärfe war links diesmal normal.

Solche Befunde sprechen doch sicher dafür, dass der Grund der Störungen nicht eine organische Laesion sein kann.

Refractions- und Accommodationsanomalien.

Hyperopie	294	Myopie u. Presbyopie	34
„ über 6,0 Dioptr.	29	Astigmatism. myopic.	213
„ c. Amblyopie	92	„ hyperopic.	229
Myopie	318	Accommodationslähmg. nach Diphtherie	3
„ über 6,0 Dioptr.	279	Accommodationsschwäche	4
„ Amblyopie	135	„ krampf	3
Presbyopie	326		
Hyperopie u. Presbyopie	149		

Bei hochgradiger Myopie wandte v. Rothmund in 3 Fällen die operative Therapie an.

1. 17jähriges Dienstmädchen H, mit 20,0 Dioptr., r. $^1/_6$ p., l. $^1/_9$. In 2 Sitzungen beiderseits Discission, dann wegen starker Quellung Extraction nach aussen. 5 Monate nach der Operation trat links ausgedehnte Ablatio ein, während rechts V = $^1/_3$ blieb.
2. 29jährige K. Links Finger in 4 Metern. Discissio p. corneam. $5^1/_2$ Monate nach der Operation V = $^1/_3$.
3. 25jährige Sch. L. mit 20,0 Dioptr. $^1/_6$. Wiederholte Discission. Mit + 1,5 $^1/_6$. in Folge von Glaskörpertrübungen durch intraoculare Blutungen verschlimmerte sich später das Sehvermögen auf das Erkennen von Handbewegungen.

Was die in dem ersten Falle auf einem Auge aufgetretene Netzhautablösung betrifft, so kann dieselbe, bei der langen Zeit die dazwischen liegt, doch wohl kaum mit der Operation in Zusammenhang gebracht werden. Bei excessiver Myopie kommt ja der spontane Eintritt von Ablatio retinae (unter unseren Fällen 2 mal), ebenso wie von Chorioidealblutungen erfahrungsgemäss gar nicht so selten vor. Jedenfalls kann man solche Fälle unmöglich als Waffe gegen die Methode verwenden. Die Verbesserung der beiden anderen Augen auf $^1/_3$ ohne Glas ist sicherlich ein schöner Erfolg, zumal wenn man bedenkt, dass Gläser, wie sie hier ohne die Operation nöthig gewesen wären, um nur einigermaassen leidliches Sehen zu erreichen, absolut nicht ertragen werden.

Feuilleton.

August Zinn†.

Ein schwerer, unersetzlicher Verlust hat die Psychiatrie und die gesammte ärztliche Welt betroffen. Aus Eberswalde kommt die Kunde, dass am 17. November der Geheime Sanitätsrath Dr. August Zinn, Director und Chefarzt der dortigen Brandenburgischen Land-Irrenanstalt gestorben ist.

Mit ihm ist einer der eifrigsten und erfolgreichsten Vertreter der irrenärztlichen Interessen und des gesammten ärztlichen Standes überhaupt dahingegangen. Zinn gehörte ein Vierteljahrhundert lang zu den Führern der Irrenärzte Deutschlands. Wer Zinn gekannt hat, der wird auch nur bei einem einmaligen kurzen Sehen sofort die Ueberzeugung gewonnen haben, dass eine machtvolle, stark ausgeprägte Persönlichkeit in dem Manne mit dem durchdringenden Blick und der eisernen Stirne vorhanden war. Aber Zinn war nicht nur der Mann, der mit eiserner Energie Alles durchzusetzen wusste, was er für gut und recht erkannte, er hatte auch ein treues Herz für seine Pflegebefohlenen, und alle Bestrebungen zur Förderung des irrenärztlichen und ärztlichen Standes überhaupt waren von dem Gedanken geleitet, den Aermsten der Armen ihr Loos so erträglich wie möglich zu machen. Bei diesen Bestrebungen wurde er ausserordentlich unterstützt durch eine bis zu seiner letzten schweren Erkrankung nie verminderte Arbeitskraft, einen ausserordentlich scharfen Verstand, der ihm sehr verwickelte Verhältnisse mit Leichtigkeit zu übersehen erlaubte, und einen Muth zur Wahrheit, der ihn vor keiner Schwierigkeit zurückschrecken liess. Aber nicht nur ein Mann der That war Zinn, sondern ein Mann des Herzens; es war ihm eine Kleinigkeit, durch den Zauber seines Wesens auch eine ihm fremde Umgebung im Fluge zu gewinnen. Alle Härten, wie sie das Walten einer kraftvollen Persönlichkeit gelegentlich mit sich bringt, wurden durch sein gewinnendes Wesen sofort verwischt. Ich habe nie einen Menschen gesehen, dem in so reichem Maasse die Beherrschung der Situation zu Gebote stand. Zinn konnte in einem Augenblick mit erfahrenen Männern in Unterhaltung über die schwerwiegendsten politischen und socialen Probleme in überzeugender Weise den Kernpunkt der Frage mit kurzen Worten treffend skizziren, um im nächsten Augenblicke wieder mit Kindern wie ein Kind zu spielen, und kurz darauf wieder die Damenwelt durch seine hinreissende Liebenswürdigkeit bezaubern. Für Jeden hatte er das rechte Wort. Ist er auch rein wissenschaftlich nicht hervorgetreten, so hat er es doch, wie selten Einer verstanden, Alles was zu dem weiten Arbeitsgebiete der Psychiatrie und Hygiene gehört, zu übersehen und sich zu seiner Lectüre das irgendwie Brauchbare auszuwählen. Hatte er sich einmal für eine Sache interessirt, dann trat er für dieselbe mit jugendlicher Begeisterung ein. Nie trat er vor die Welt, auch vor uns Jüngere, die ihm nahestanden, nicht, mit halb Vollendetem. Mochte es nun eine verwaltungstechnische Abänderung in der Anstalt, die Erweiterung des Irrenwesens in der Provinz Brandenburg, irgend eine hygienische Vornahme oder die Abwehr irgend welcher ungerechtfertigter Angriffe auf die Irrenärzte sein, immer war es etwas vollendet Ganzes, oft erst nach harter Arbeit Errungenes, was er aussprach. Streng gegen sich selbst, war ihm alles Halbe, alles Schlechtbegründete im hohen Grade unangenehm. Trotzdem war er kein Asket, sondern liess die Freude bei sich und seiner Umgebung zum Rechte kommen; ja er kannte kein grösseres Vergnügen, als Anderen Freude zu bereiten. Galt es einen alten bewährten Beamten zu erfreuen, so scheute er kein Mittel, um oft nach monatelangen Vorbereitungen, die er ängstlich geheim hielt, um so gründlicher mit seiner Freudenbotschaft zu überraschen. Er trat, wie selten Einer, für seine Leute ein. Seine warme Theilnahme für seine Kranken zeigte er weniger in Worten, wie in Thaten; er hat es trotz seiner vielfachen sonstigen Inanspruchnahme verstanden, Jeden der oft über 800 Köpfe zählenden Bevölkerung der Anstalt Eberswalde im Auge zu behalten, er wusste, wo es jedem fehlte, er war stets über Alles unterrichtet und wusste stets für jeden Einzelnen das, was gut und am Platze war.

Auch auf die entlassenen Kranken dehnte er seine Fürsorge aus. Er hat durch Gründung des blühenden brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke manches Leid und viele Thränen gestillt.

Zinn wurde geboren am 20. August 1825 zu Ilbesheim in der bayerischen Rheinpfalz als Sohn des dortigen Pfarrers Christian Zinn; er besuchte die Schulen in Kirchheimbolanden, Kaiserslautern und Zweibrücken. Nach dem Abiturientenexamen bezog er die Forstschule zu Aschaffenburg, bestand die erforderlichen Prüfungen und wurde in der Rheinpfalz im Staatsdienst beschäftigt. Wie viele der Besten aus jener Zeit, so hat auch sein Feuergeist ihn im Jahre 1849 in die alle Gemüther bewegende politische Bewegung in der Pfalz und in Baden hineingerissen und er musste nach deren Scheitern in die Schweiz flüchten. Er gab seinen Beruf auf und wandte sich in Zürich unter Leitung des Psychologen Ludwig und des Klinikers Hasse der Medicin zu.

1853 bestand er die medicinischen Prüfungen und wurde Assistenzarzt an dem Cantonspital und der damit verbundenen Irrenabtheilung in Zürich. Von 1856—1864 war Zinn praktischer Arzt in Thalweil am Züricher See. Gern sprach Zinn von dieser Zeit noch in späteren Jahren, wo er sich gut und recht durchgeschlagen und seine nimmer ruhende Gattin als Verwalterin der Apotheke seine Bestrebungen unterstützte. 1864 wurde er Director an der St. Gallischen Irrenanstalt St. Pirminsberg. In dieser Stellung hat er unter der thatkräftigen Mitwirkung des hochverdienten Dr. Sonderegger durch Neugestaltung des gesammten Irrenwesens im Canton, den Umbau der Irrenanstalt St. Pirminsberg und Gründung des Hilfsvereins für Geisteskranke, des ersten, welcher überhaupt bestanden hat, ausserordentlich segensreich gewirkt. Aus dieser Zeit stammt das innige Freundschaftsverhältniss mit Sonderegger. In St. Pirminsberg blieb Zinn bis zum Jahre 1872. Zur Erweiterung seiner Kenntnisse besuchte er die Universitäten Wien und Prag, sowie eine Anzahl der grösseren Irrenanstalten Deutschlands und der Schweiz. Besonderen Einfluss auf seine irrenärztliche Thätigkeit haben Roller und Griesinger ausgeübt. 1867 erhielt Zinn «in Anerkennung seiner Leistungen auf dem Gebiete der Psychiatrie und der öffentlichen Gesundheitspflege» das Ehrenbürgerrecht der Stadt und des Cantons St. Gallen. 1872 folgte er dem Ruf als Director und Chefarzt der brandenburgischen Irrenanstalt in Eberswalde, in welcher Stellung er bis zu seinem Ableben gewirkt hat. 1882 wurde ihm mit dem Amte des Medicinalreferenten für die Provinz Brandenburg die ärztliche Ueberwachung aller der Krankenpflege dienenden Anstalten, die von der Provinz abhängen, übertragen. Bei dem Bau von Irrenanstalten war er ein weit geschätzter Experte und hat oft durch Abgabe von Gutachten in hervorragender Weise mitgewirkt, so bei dem Bau des Cantonshospitals in St. Gallen, der Irrenanstalten Rossegg (Canton Solothurn), Marsens (Canton Freiburg), Dalldorf bei Berlin, Neustadt in Westpreussen und anderen. Noch im Jahre 1895 in die Provinz Ostpreussen zur Revision der Irrenanstalten berufen,

gab er ein ausführliches Gutachten ab, das in jeder Beziehung als mustergiltig gerade für die Art und Weise, wie die Revisionen vorzunehmen sind, gelten muss. Die Provinz Brandenburg verdankt Zinn umfangreiche Neuschöpfungen; nicht nur, dass er damals bei seinem Eintritt in die Provinzialverwaltung das Irrenwesen von Grund aus neu organisirt hat, hat er auch das Programm und die Pläne für die neuen Irrenanstalten in Landsberg a. W. und Neu-Ruppin entworfen. Unermüdlich hat er an dem Ausbau der alten Anstalten und der Erweiterung der Irrenpflege in der Provinz gearbeitet und stets hat er es verstanden, dazu die wohlwollende Unterstützung der Provinzialverwaltung zu gewinnen. Bei Gelegenheit des 70. Geburtstages empfing der Verstorbene ausserordentlich zahlreiche Beweise der Hochschätzung und Verehrung, deren er sich im weitesten Maasse im In- und Auslande erfreute. In Anerkennung seiner Verdienste um die Anstalt in Neu-Ruppin, welche erst vor Kurzem bezogen wurde, ging dem Verstorbenen am 19. Juni ds. Js. im nachstehenden, von dem Landesdirector Herrn Freiherrn von Manteuffel gezeichneten Telegramme der Dank der Provinz zu:

«Nach Vollendung des Werkes dem, der es ersann und sich dafür mühte, herzliche Grüsse und Wünsche für sein Wiedergesunden.»

Von Allerhöchster Stelle erhielt der Verblichene 1879 den Titel als Geheimer Sanitäts-Rath; 1886 den rothen Adler-Orden IV. Classe und im Verlaufe dieses Jahres den rothen Adler-Orden III. Classe mit der Schleife. 1880 wurde Zinn ausserordentliches Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; 1874—1881 vertrat er als Abgeordneter den pfälzischen Wahlkreis Kaiserslautern-Kirchheimbolanden im deutschen Reichstag. Anfangs der Fortschrittspartei angehörig, nahm er später eine vermittelnde Stellung ein und trat schliesslich vollständig zur nationalliberalen Partei über. 1875 wurde er als einziges ärztliches Mitglied in die Reichsjustiz-Commission gewählt. Hier war sein Wirken ganz besonders segensreich, denn nur seinen Bestrebungen haben wir es zu verdanken, dass das heute bestehende Verfahren bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit, sowie die Bestimmungen über die Prüfung der Angeklagten in Fällen zweifelhaften Seelenzustandes, über den Einfluss der Krankheit und Geisteskrankheit auf die Strafvollstreckung, die Rechte der Aerzte als Zeugen vor Gericht, den Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses und die Ordnung der ärztlichen Sachverständigen-Frage diejenige Form angenommen haben, welche noch heute als mustergiltig angesehen werden muss, denn trotz aller Angriffe, namentlich auf das Entmündigungsverfahren, ist es noch nicht gelungen, etwas Besseres hervorzubringen.

Eine ausgiebige Thätigkeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege entfaltete Zinn bei der Vorlage des Nahrungsmittelgesetzes vom Jahre 1877/78. Er hat auch dieses Gesetz mit ausführlichen Erläuterungen im Jahre 1879 herausgegeben. Andere Fragen, bei denen Zinn im Reichstage mitwirkte, sind das Impfgesetz, die Hebung der Stellung der Militärärzte, die Schaffung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, des Viehseuchengesetzes u. A. m. Seit 1872 war Zinn Mitglied des Vorstandes des Vereins deutscher Irrenärzte; als solcher hat er keine Mühe gescheut, bei allen schwerwiegenden Fragen, welche an diese Vereinigung herantraten, das was er einmal als richtig anerkannt hatte, durchzusetzen. Sein Rath war immer hochgeschätzt und traf immer den Nagel auf den Kopf. Es wird stets in Erinnerung Derer bleiben, welche die Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. im Jahre 1893 mitmachten, mit welchem Freimuth und mit welcher Klarheit und Bestimmtheit sich Zinn zur «Psychiatrie und Seelsorge» und «über Reform des Irrenwesens in Preussen und des Verfahrens in Entmündigungssachen von Geisteskranken» in zwei ausgedehnten Referaten aussprach. Er verstand es, wie selten Einer, nicht nur durch die packende Macht zwingender Logik, sondern auch dadurch, dass er mit ganzer Seele bei dem war, was er sprach, das Auditorium für sich zu gewinnen.

Die Veröffentlichungen Zinn's betreffen vorwiegend, wie die bereits erwähnten Referate, die sociale Seite der Psychiatrie und behandeln hauptsächlich die jeweiligen wichtigen Tagesfragen. Es seien genannt:

«Ueber die öffentliche Irrenpflege des Cantons Zürich» (1853).
«Die Staatsaufsicht über die Irrenanstalten» (1877).
«Die Stellung der Geistlichen an Irrenanstalten» (1880).
«Die Versorgung geisteskranker Verbrecher» (1882).
«Die öffentliche Irrenpflege in Preussen» (1884).
«Zur Frage der Reform des Irrenwesens» (1895).

Bis vor Kurzem war Zinn zweiter Vorstand der Aerztekammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin und war Vertreter derselben in der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesens. Der Stadt Eberswalde hat Zinn vielfach in ärztlichen, besonders hygienischen Fragen seine Dienste geleistet. Im Sommer 1896 erkrankte Zinn schwer und wurde nach langem, qualvollem Leiden am 17. November d. J. durch einen sanften Tod erlöst.

Zinn's Einfluss auf die praktische Psychiatrie wird auch nach seinem Tode weiterwirken; wir Alle, die wir mit ihm in näheren Umgang traten, die hohen Gaben seines Geistes und die Lauterkeit seines Charakters kennen lernen durften, werden ihm stets ein dankbares, treues Andenken bewahren.

A. Cramer-Göttingen.

Eine Invaliden- und Sterbecasse der Bahnärzte Bayerns.

Im Feuilleton der Nr. 25 der Münch. Med. Wochenschr. vom 22. Juni 1897 hat sich ein Anonymus unter dem Titel «Eine Invaliden- und Sterbecasse der Bahnärzte Bayerns» mit dem Entwurf eines Statuts gerade in dem Zeitpunkt beschäftigt, in welchem der Generaldirection der k. b. Staatseisenbahnen ein Gesuch um Gewährung eines jährlichen Zuschusses zu der in Aussicht genommenen Casse unterbreitet worden war. Gleichzeitig hat derselbe eine Resolution der Bahnärzte des Oberbahnamtsbezirkes Rosenheim, welche hauptsächlich seinem Einflusse zu danken ist, der Oeffentlichkeit übergeben.

Dadurch, dass er die bezeichnete Resolution veranlasste und diese sammt einer abfälligen Kritik der geplanten Einrichtung in dem gegebenen Augenblicke in der Münch. Med. Wochenschr. zum Abdruck brachte, hat er, was er ja auch wollte, der Sache zum Falle verholfen und wie er meint «den allgemeinen Interessen der Aerzte Bayerns einen Dienst erwiesen.»

Die Vorstandschaft der Vereins der Bahnärzte Bayerns und die Bahnärzte Münchens, welche den Gedanken, eine Invaliden- und Sterbecasse der bayerischen Bahnärzte zu gründen, in's Auge gefasst und gemeinsam mit den Vertrauensmännern der 10 Oberbahnamtsbezirke den Entwurf des Statuts vorberathen hatten, sehen sich jetzt — eine sofortige Entgegnung auf den genannten Artikel widersprach dem Interesse der Sache — zu der Erklärung veranlasst, dass jene Darstellung eine missverständliche oder entstellende gewesen ist und dass die geplante Einrichtung den bestehenden Unterstützungsvereinen sicher eine Concurrenz nicht gemacht hätte. Es sollte damit nur als Ergänzung der durch die bereits bestehenden Unterstützungsvereine gewährten, vom Verfasser des Artikels selbst als ungenügend bezeichneten Leistungen eine weitergehende Versicherung der Amtsärzte der k. b. Staatseisenbahnen, für welche in absehbarer Zeit eine pragmatische Stellung kaum zu erhoffen ist, ermöglicht werden und zwar unter materieller Beihilfe seitens der Eisenbahnverwaltung. Für das Project hatten sich denn auch zur Zeit der Einreichung des Gesuches 254 Bahnärzte (darunter auch 7 aus dem Oberbahnamtsbezirke Rosenheim) ausgesprochen und wenn diesen eine bessere Sicherung für sich und die Ihrigen im Falle der Invalidität oder des Todes entgangen ist, so haben sie dies, wenigstens theilweise, dem Verhalten des Verfassers des c. Artikels und seiner bedauerlichen Indiscretion zuzuschreiben.

Die Unterzeichneten beabsichtigen nun nicht, an diesem Orte in eine weitere Erörterung der Angelegenheit einzutreten; eine Generalversammlung des bahnärztlichen Vereins hätte dazu auch für den Herrn Verfasser des c. Artikels die passende Gelegenheit geboten. Nur darauf sei hingewiesen, dass der Verfasser, wenn er den Invalidenverein der bayerischen Aerzte mit der projectirten Casse verglich, eine nur im Bedürftigkeitsfalle eingreifende Unterstützungscasse mit einer auf Rechtsanspruch aller Mitglieder begründeten Versicherungseinrichtung verwechselt hat. Da man die Errichtung einer Versicherungscasse im Auge hatte, war der Maassstab der Versicherungstechnik anzulegen und daher manche anscheinende Härten des Entwurfes, welche in Wirklichkeit billige Forderungen für einen Theil der Mitglieder waren und desshalb auch die Aufnahme des § 15 in den Statutenentwurf.

Wie mit dem in's Lebentreten einer solchen Versicherungscasse für die Bahnärzte Bayerns ein «Corpsgeist» begründet worden wäre, ist den Unterzeichneten unverständlich, aber das ist ihnen klar, dass der Herr Verfasser des c. Artikels seine bahnärztlichen Collegen schlecht berathen und durch sein Verhalten geradezu geschädigt hat.

Als Verfasser des Artikels bezeichnete sich nachträglich in privater Unterredung der frühere Bahnarzt, Herr Dr. Mayr, in Rosenheim, welcher inzwischen zum k. Bezirksarzt ernannt wurde. Würde der Verfasser nun selbst die Consequenzen aus seiner Aus-

lassung über den «Corpsgeist» und aus seiner Verurtheilung «aller separatistischen Tendenzen», als welche er ja auch das Streben nach Errichtung einer bahnärztlichen Sterbecasse stempelte, ziehen, so hätte er nunmehr nicht nur für seine Person auf Pensionsberechtigung zu verzichten, sondern auch seine jetzigen Amtscollegen zum Verzicht auf ihre pragmatischen Rechte zu bewegen und sie zu gewinnen zu suchen, um der «schönen Einhelligkeit» willen sich von nun ab mit den eventuellen Bezügen aus den ärztlichen Unterstützungsvereinen zu begnügen, denn es bestünde doch wahrlich auch die Gefahr, dass die Bezirksärzte durch die Sicherung ihrer Position abgehalten werden könnten, den Unterstützungsvereinen beizutreten.

Die Vorstandschaft des Vereins bayerischer Bahnärzte und die Bahnärzte Münchens.

Referate und Bücheranzeigen.

Eulenburg-Samuel: Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Urban und Schwarzenberg, Wien und Leipzig. Auf ca. 30 Lieferungen à 1 M. 50 Pf. berechnet.

Es war zu erwarten, dass in gegenwärtiger Zeit, in der die literarischen Kräfte in der Medicin zu einer Reihe grosser Sammelwerke vereinigt wurden, auch ein solches über allgemeine Therapie herausgegeben werden würde. Es ist das Verdienst von Eulenburg und Samuel, sich dieser dankbaren und dankenswerthen Mühe unterzogen zu haben.

Das Werk, an dem ausser den Herausgebern noch 23 andere Autoren, unter denen wir sehr bewährte Namen erblicken, betheiligt sind, ist auf 3 Bände berechnet und gliedert sich in 3 Theile, deren erster die therapeutischen Aufgaben und Ziele behandelt, während der zweite die Allgemeine Heilmittellehre und der dritte die Allgemeine Histo- und Organotherapie umfassen wird.

Der erste Theil, von Samuel bearbeitet, liegt fertig vor. Er zeigt als Einleitung eine kurz und anregend geschriebene Geschichte der Therapie sowie eine Darlegung des Wesens der allgemeinen Therapie, als der Lehre von der Verhütung und Heilung der Krankheiten und eine Darstellung des Verhältnisses von Wissenschaft und Kunst in der Medicin.

In einem ersten Abschnitt werden sodann in allgemeinen Zügen die Fernhaltung der Krankheitsursachen, in einem zweiten die Selbstheilung der Krankheiten und in einem dritten die Kunstheilung der Krankheiten erörtert. Es ist unmöglich, in dem engen Rahmen einer Besprechung auf den reichen Inhalt dieser Abschnitte näher einzugehen. Wir müssen es uns mit dem Hinweis genügen lassen, dass der Leser hier eine Fülle von Thatsachenmaterial auf engem Raume zusammengetragen findet. Fast möchte es uns sogar scheinen, als ob hier stellenweise die Einzelheiten sich allzusehr drängten, als ob des Guten in dieser Beziehung manchmal etwas zu viel gethan sei. Ein gewisser Ueberfluss an Beiwerk von Daten, Zahlen, Angaben, Beispielen ist offenbar dem an sich gewiss sehr anerkennenswerthen, aber doch etwas verwirrend wirkenden Bestreben, möglichst viel Wissenswerthes in gedrängtester Form zu bringen, entsprungen. Sieht man hiervon ab, so bleibt eine Darstellung übrig, welche als eine belehrende, umsichtige und umfassende Einführung in die allgemeine Therapie gelten muss.

Von dem zweiten Theil «Allgemeine Heilmittellehre» ist der Abschnitt «Krankenpflege» von M. Mendelsohn-Berlin erschienen. Diese Arbeit beansprucht besonderes Interesse, weil, wie der Verfasser selbst bemerkt, hier zum ersten Mal der Versuch gemacht worden ist, eine wissenschaftliche Darstellung der Lehre von der Krankenpflege zu geben.

Der durch vielfache Publicationen auf diesem Gebiete rühmlich bekannte Autor erfasst seine Aufgabe mit sichtlicher Wärme. Es ist in der That auch sehr zu begrüssen, dass ein Gebiet, das von allen einsichtigen Aerzten von jeher als ein überaus wichtiges hochgehalten wurde, hier einer eindringenden, das Wesen der in Frage kommenden Vorgänge genau analysirenden Betrachtung unterzogen wird. Ohne Zweifel lassen sich auf diesem Wege noch manche Indicationen klarer fassen und manche neue Hilfsmittel finden.

Allerdings kann Referent auch einige Ausstellungen nicht unterdrücken. Der Verfasser hat eine Parallele zwischen der Lehre von der Krankenpflege und der Arzneimittellehre zu ziehen versucht. Er unterscheidet materielle, somatische, somatisch-hygienische, psychisch-hygienische und psychische Heilmittel der Krankenpflege, die er ihrer Wirkung nach als Narkotica, Anaesthetica, Excitantia, Stomachica, Purgantia, Diuretica, Diaphoretica, Expectorantia, Antipyretica etc. ordnet.

Ein solches Verfahren ist allerdings wohl geeignet, um sich Rechenschaft von dem Umfang des Wirkungskreises zu geben, welcher den einfachen Hilfsmitteln der Krankenpflege offensteht. Indessen ist es bei der Einreihung der Krankenpflegeheilmittel in diese Gruppen nicht ohne Anleihen bei therapeutischen Disciplinen abgegangen, die in sich einen fest gefügten Bau haben, wie die Hydrotherapie, die Diätetik u. A., und kaum zur Abtretung eines Theiles ihres Rüstzeuges geneigt sein werden. Unseres Erachtens hat aber die Aufstellung der Krankenpflege als einer besonderen therapeutischen Sparte überhaupt etwas Gezwungenes an sich. Therapie treiben und Pflegen sind zwei verschiedene Dinge. Da wo Therapie und Krankenpflege sich eng berühren, stehen sie zu einander in dem Verhältniss von Anordnung zu Ausführung. Dadurch, dass die Eisblase, das antipyretische Bad, das Klysma u. s. w. von der Krankenpflege applicirt wird, werden alle diese Dinge noch nicht Heilmittel in einer neuen Disciplin, der «Hypurgie», wie der Autor die Krankenpflege als Heilwissenschaft zu nennen vorschlägt.

Es bleiben bei Verzicht auf alle Dinge, welche in das Gebiet der eigentlichen Therapie gehören, und bei denen die Krankenpflege nur für eine kunstgerechte Anwendung zu sorgen hat, noch eine grosse Zahl von Maassnahmen übrig, welche die eigenste Domäne der Krankenpflege sind und bleiben werden, alle die, welche sich mit der Lagerung, dem technischen Theil der Ernährung, der Reinigung der Kranken, ihrer Unterstützung bei der Defaecation und der Harnentleerung, mit der Lüftung, Heizung, gesammten Herrichtung des Krankenzimmers, mit der Regelung des psychischen Gehabens der Patienten u. s. w. u. s. w. beschäftigen. Alles dies in seiner Gesammtheit heisst aber eben «pflegen»; es ist gewiss unendlich wichtig und eine wesentliche Vorbedingung für einen möglichst guten Heilverlauf, aber es rechtfertigt es doch nicht, aus der Krankenpflege eine neue therapeutische Disciplin zu construiren. Referent kann es z. B. nicht für glücklich halten, wenn die Aufrichtung eines Patienten zur Erleichterung der Defaecation als ein «somatisches Heilmittel der Krankenpflege» bezeichnet und unter die «Purgantia» eingereiht wird u. a. m.

Diese Einwendungen sollen und können aber dem sachlichen Werth der Ausführungen Mendelsohn's keinen Eintrag thun. Die sorgfältig durchgedachten Auseinandersetzungen, denen man nur vielleicht etwas weniger Breite gewünscht hätte, enthalten sehr viel Wissens- und Beherzigenswerthes, von dem man nur wünschen kann, dass es Allgemeingut der Aerzte würde.

Moritz-München.

F. Raymond: Leçons sur les maladies du système nerveux. Erste Serie (1894—95), veröffentlicht von E. Ricklin und A. Souques. Zweite Serie (1895—96), veröffentlicht von E. Ricklin. Zwei Bände. Paris, Octave Doin, 1896 u. 1897. Preis des Bandes 16 Frs.

Als Charcot's Schüler und Nachfolger auf dessen Lehrstuhl hat es Raymond, Professor der Klinik für Nervenkrankheiten an der medicinischen Facultät, unternommen, seine (meist Freitags) in der Salpêtrière gehaltenen Vorlesungen durch mehrere Mitarbeiter der Oeffentlichkeit zu übergeben. Zwei stattliche Bände, welche aus den Jahren 1894—96 berichten, sind bereits erschienen. Der erste derselben beginnt mit einer Reihe von Vorträgen, welche sich mit dem grossen Meister Charcot als Arzt und besonders als Neuropathologen beschäftigen und dessen Verdienste um die Localisation der Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, um die peripherischen Nervenleiden, um die Hysterie und den Hypnotismus in helles Licht setzen. In 5 weiteren Vorlesungen gibt der Verfasser ein anschauliches Bild von der Entwickelung der Neuropathologie während der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts, welche er in vier Perioden eintheilt. In den ersten

drei Perioden schildert er das Zusammenwirken der Anatomen, Physiologen, Embryologen mit denjenigen Forschern, welchen das Hauptverdienst gebührt, den Klinikern und pathologischen Anatomen. Die vierte Periode brachte den feineren Ausbau der Structur der nervösen Centren durch die neuesten Entdeckungen der Histologen (Golgi, R. y Cajal, van Gehuchten etc.). Dann folgen in einer Reihenfolge, wie sie die Zugänge an Kranken in der Salpêtrière zufällig bedingten, im Anschlusse an Krankenvorstellungen klinische Vorträge über die verschiedensten Gebiete der Neuropathologie: über doppelseitige Lähmung des Deltamuskels durch Zerrung beider N. axillares im Schlafe, über blutige Compression und Wurzellähmungen des Plexus brachialis, über Laesionen der Cauda equina, Haematomyelie des Conus terminalis, über Brown-Séquard'sche Lähmung und Bulbärlähmung bei Syringomyelie, über eine besondere Art alternirender Lähmung, über amyotrophische Lateralsklerose, apoplektiforme Bulbärparalyse, Pseudobulbärparalyse cerebralen Ursprungs, über Aetiologie und Behandlung der Jackson'schen Epilepsie, über die Vererbung in der Neuropathologie, über Myoklonie, endlich über Zustände, die mit dem Namen «Fugues» belegt werden. «Fugue» ist nach der Definition des Verfassers ein mit unwiderstehlichem Triebe ausgeführter, complicirter und gut coordinirter Act, dem eine völlige Amnesie folgt. Der zweite Band befasst sich mit der acuten, aufsteigenden Lähmung und ihren Beziehungen zur Poliomyelitis anterior und motorischen multiplen Neuritis, mit der generalisirten Polyneuritis, ihrer pathologischen Anatomie, Pathogenese und Aetiologie sowie ihrer Behandlung, mit den Arseniklähmungen und den Lähmungen nach Infectionskrankheiten, mit der Syringomyelie, mit der Behandlung der Coordinationsstörungen bei Tabes u. v. A.

Den sämmtlichen Vorträgen merkt man an, dass sie nicht vom Augenblick eingegeben, sondern, wie der Verfasser selbst im Vorworte sagt, gewissenhaft vorbereitet gewesen sind, sowohl was die bis in's Kleinste gehende Krankenuntersuchung, als die reichlich durchdachten Ausführungen anlangt, die sich daran knüpfen. Sie legen beredtes Zeugniss ab von der umfassenden Sachkenntniss, wie von der Darstellungskunst des Verfassers und können als lehrreiche Lectüre auf das Wärmste empfohlen werden.

Stintzing-Jena.

Arnold Eiermann-Frankfurt a. M.: **Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.** Graefe's «Sammlung zwangloser Abhandlungen,» II. Bd., Heft 1/2. Halle a. S., 1897, Marhold. Preis: 2,80 Mark.

Die eigenartige maligne Neubildung, welche als Deciduom, Carcinoma syncytiale u. s. w. bezeichnet wird, ist nicht mehr für den Mikroskopiker von ausschliesslichem Interesse; sie verlangt unbedingt die Beachtung jedes Arztes, auch des Nicht-Gynäkologen. Das Schicksal der von einer solchen Neubildung befallenen Kranken liegt oft genug in der Hand des Arztes, welcher zuerst beigezogen wird. Die vorliegende Arbeit vermittelt in ausgezeichneter Weise auch für den Nicht-Specialisten die Kenntniss dieses schwierigen Gebietes. E. zeigt schlagend, wie sehr sich die Prognose des beim Fehlen oder zu späten Durchführen der Operation absolut tötlichen Leidens gebessert hat, seitdem die Diagnose häufiger und rechtzeitig gestellt wurde: Vor Marchand's Arbeit 50 Proc., seit dieser Veröffentlichung, welche am meisten zur Klärung beigetragen hat, 15,8 Proc. Mortalität an Metastasen; unter 30 operirten Frauen blieben 8 mehr als $1^1/_2$ Jahre recidivfrei, ohne Operation wäre keine einzige gerettet worden. — Die Diagnose dieser Geschwülste, welche nach den jetzigen Anschauungen wahrscheinlich vom Epithel der Chorionzotten ausgehen und sich unter 35 Fällen 18 mal nach vorangegangener Blasenmole fanden, beruht auf den klinischen Symptomen (schwer oder nicht stillbaren Blutungen aus dem meist weichen und vergrösserten Uterus) und auf der mikroskopischen Untersuchung ausgeschabter Gewebestücke der Schleimhaut des Corpus uteri. Bleibt auch die mikroskopische Untersuchung geschulten Händen vorbehalten, so wird doch jeder Arzt durch das Studium der E.'schen Arbeit in den Stand gesetzt, die Wahrscheinlichkeits-Diagnose rechtzeitig zu stellen und dadurch die rettende Operation, die Entfernung des Uterus, zu veranlassen. Gustav Klein-München.

Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1896. Herausgegeben von Oberstabsarzt Dr. E. Schill in Dresden. Verlag des Reichs-Medicinal-Anzeigers, B. Konegen, Leipzig, 1897. Preis 5,60 Mark.

Der 3. Jahrgang des Jahresberichtes, der hiemit vorliegt, zeigt einen bedeutend grösseren Umfang, als seine Vorgänger. Wie letztere, bringt er in 15 Abschnitten, die auch alle specialistischen Fächer in ihrem Stoffgebiet umfassen, die diagnostische Auslese aus 69 medicinischen Zeitschriften des In- und Auslandes und erfüllt seinen Zweck, das auf die Förderung der Diagnose Bezügliche aus allen möglichen Publicationen deutscher und fremder Zunge zu sammeln und zu einem übersichtlichen Ganzen zu vereinigen, wieder in sehr lobenswerther Weise. Ausführlicher und dem Zuge der Forschungen entsprechend, sind die Capitel über Diphtherie, Gonorrhoe, Nephritis, Neubildungen, Pneumonie, Röntgen-Durchleuchtung, Syphilis, Tuberculose, Typhus durchgeführt. Im Anhang finden sich aus einer Publication von Sir Dyce-Duckworth Anhaltspunkte für prognostische Fragen, die schätzenswerth sind, wenn sie auch streng genommen den Rahmen einer diagnostischen Zusammenstellung verlassen. Unzweifelhaft sind diese periodisch erscheinenden Sammelberichte in Bälde eines der ersten Mittel, um den centrifugalen Bestrebungen in der Medicin entgegen zu wirken, und ihre Autoren verdienen immer warme Anerkennung. Dr. Grassmann-München.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 59. Band, 1. und 2. Heft.

1) A. Posselt: **Der Echinococcus multilocularis in Tyrol.**

In der medicinischen Klinik zu Innsbruck wurden in den letzten Jahren wiederholt Fälle von vielfächriger Blasengeschwulst der Leber, dem Echinococcus multilocularis, beobachtet. Die Krankheit ging meist mit beträchtlicher Leberschwellung und schwerem, chronischem Ikterus einher. Der Autor forschte der Provenienz der einzelnen Erkrankungen nach und fand, dass sich die Patienten aus ganz bestimmten Gegenden Tyrols, dem Unterinnthal und der Umgebung von Mühlbach, am Eingang in's Pusterthal, rekrutiren. Tyrol muss also jetzt bei dieser so exquisit regionär-parasitären Erkrankung den bisher bekannten Verbreitungsgebieten des Echinococcus multilocularis, nämlich Südbayern, Württemberg und die Schweiz hinzugerechnet werden.

2) Staehelin: **Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit mit besonderer Berücksichtigung des Erholungsvorganges und der Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit.** (Aus der med. Klinik zu Basel.)

Die hier mitgetheilten Untersuchungen wurden ausschliesslich an gesunden Individuen gemacht. Das Herz reagirt mit seiner Schlagzahl selbst auf eine geringe Muskelarbeit sehr empfindlich, mit Zunahme der Arbeit geht die Pulsfrequenz rasch in die Höhe und erreicht bald ihr Maximum, eine noch weitere Steigerung der Arbeit bleibt ohne Einfluss auf dieselbe, erzeugt aber das Gefühl von Herzklopfen und Dyspnoe. Zur Untersuchung des Erholungsvorganges des Herzens wurde die Pulsfrequenz längere Zeit hindurch nach der am Ergostaten geleisteten Arbeit untersucht. Und da zeigte sich, dass bei kleineren Muskelleistungen die Beschleunigung des Pulses schon nach 2 Minuten regelmässig verschwunden war, dass sogar häufig eine vorübergehende Verlangsamung des Pulses gegen die in der Ruhe beobachteten Zahlen eintrat. Nach grosser, körperlicher Arbeit (10 000 Kilogrammmeter) braucht das Herz zu seiner Erholung 15—30 Minuten, ja noch länger.

Bei Wiederholung der Muskelarbeit liess sich bei den meisten Versuchspersonen eine mit der Zahl der Versuche parallel einhergehende Abnahme der Herzreaction, also der Schlagzahl, nachweisen.

Nach den mitgetheilten Versuchsprotokollen ist die Wirkung der Uebung besonders deutlich in Beziehung auf die Erholungsfähigkeit des Herzens. Die normale Pulszahl der Ruhe tritt mit der allmählichen Gewöhnung an Muskelarbeit nach immer kürzerer Zeit ein.

Am Schluss der Arbeit bespricht St. die Qualität des Pulses nach stärkerer, körperlicher Arbeit am Ergostaten. Meist war der Puls regelmässig, sehr stark dicrot, wiederholt und besonders nach grösseren Leistungen wurden ganz kleine monocrote Pulse von grosser Frequenz verzeichnet, die wohl durch mangelhafte Contraction des Ventrikels mit unvollständiger Entleerung seines Inhaltes zu erklären sind.

3) Chelmonski-Warschau: **Ueber Erkältung als Krankheitsursache.**

Der Autor hat sich der verdienstvollen Arbeit unterzogen, die aetiologisch so viel beschuldigte Erkältung experimentell zu studiren. An und für sich ruft eine Abkühlung niemals eine Entzündung hervor, sie kann nur zu gewissen Circulationsstörungen führen und dadurch als disponirendes Moment für mancherlei Erkrankungen

wirken. Grössere Kälte erzeugt, da sie rasch eine Reaction der Hautgefässe verursacht, selten Erkältungskrankheiten, dagegen disponiren mittlere Temperaturunterschiede, weil bei ihnen die Reaction spät oder gar nicht auftritt, leichter zu Erkrankungen.

Verfasser machte Versuche bei verschiedenen Individuen mit verschiedenem Ernährungszustand. Ein Arm wurde in kaltes Wasser getaucht und dann die Zeit angegeben, nach welcher Reaction, d. h. Röthung der Haut auftrat. Da zeigte sich nun, dass bei jugendlichen Individuen die Röthung früher auftritt und dass bei der Nierenentzündung und fieberhaften Zuständen die Reaction verspätet ist. Ch. ermahnt dazu, die Reactionsfähigkeit auf thermische Reize nicht durch Verzärtelung des Organismus hintanzuhalten, sondern durch geeignete Uebungen, durch Abhärtung zur Entwicklung zu bringen.

4) Jodlbauer: **Ueber die Wirkung des γ-Phenylchinaldins und des Methylphosphins.** Nach Versuchen des cand. med. Leo Fürbringer. (Aus dem pharmakolog. Institut in München.)

Nach den Untersuchungen von Tappeiner und Grethe üben die im Titel genannten Stoffe eine überraschend starke Giftwirkung auf Infusorien und Amoeben aus. Bevor die neuen Heilmittel am Kranken erprobt wurden, musste durch Experimente an Thieren das «non nocere» bewiesen werden. Nach den vorliegenden Versuchen ist zwar die subcutane Injection wegen der starken, örtlich reizenden Wirkung zu widerrathen, eine versuchsweise therapeutische Anwendung der Phenylchinoline und Methylphosphine per os konnte aber gut gerechtfertigt werden. Ueber eine solche ist in dem nächsten Aufsatz berichtet.

5) Mannaberg: **Ueber die Wirkung von Chininderivaten und Phosphinen bei Malariafiebern.** (Aus der med. Klinik des Prof. Nothnagel in Wien.)

Die Hoffnungen, die auf diese Präparate nach den Resultaten der pharmakologischen Untersuchung gesetzt worden waren, haben sich nicht erfüllt. Wenn auch ein Einfluss der Chininderivate und Phosphine auf das Malariafieber vorhanden ist, so ist derselbe doch nicht hinreichend, um als «heilend» angesprochen oder mit der Wirkung des Chinins verglichen werden zu können. Die Malariaparasiten schwinden während der Behandlung mit den in Rede stehenden Körpern nicht aus dem Blute. L. R. Müller-Erlangen.

Archiv für klinische Chirurgie. 55. Band, 4. Heft. Berlin 1897, Hirschwald.

1) Sonnenburg: **Beitrag zur operativen Behandlung hochsitzender Mastdarmstricturen.**

2) Rieder-Bonn: **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Mastdarmstricturen.**

3) Partsch-Breslau: **Ersatz des Unterkiefers nach Resection.**

4) Enderlen-Marburg: **Ueber das Verhalten der elastischen Fasern in Hautpfropfaugen.**

5) Schulthess-Zürich: **Die Behandlung der Skoliose nach den Grundsätzen der functionellen Orthopädie und ihre Resultate.**

Diese 5 Arbeiten sind schon in dem Bericht über den diesjährigen Chirurgencongress besprochen. S. d. W. 1897, No. 17, 18, 19.

6) Kurt Müller-Erfurt: **Ueber Knochenabscesse.**

Verfasser verfügt über 2 Beobachtungen, die beweisen, dass aus jahrelang bestehenden Knochenabscessen gezüchtete Staphylococcen noch vollständige Virulenz zeigen. In dem ersten Falle bestand der Knochenabscess 4 Jahre. Besonders bemerkenswerth ist der zweite Fall eines 63 jährigen Beamten, der einen 50 Jahre alten Knochenabscess mit sich herumtrug. Die aus diesem Abscess gezüchteten Staphylococcen zeigten ein üppiges Wachsthum auf Agar-Agar, intramusculäre Injectionen bei Kaninchen erzeugten regelmässig Abscesse.

7) Fabrikant: **Die Sectio alta als Heilverfahren bei impermeablen Stricturen des Harncanals und bei Harnfisteln.** (Grube'sche Klinik Charkow.)

Der erste vom Verfasser mitgetheilte Fall betrifft einen Patienten mit impermeabler, nach Gonorrhoe zurückgebliebener Strictur mit Harnfisteln. Nach der Urethrotomia externa konnte das centrale Ende der Harnröhre nicht aufgefunden werden, die Sectio alta und der Katheterismus posterior brachten baldige Heilung.

Aus der Literatur werden 37 ähnliche Fälle zusammengestellt. Die zweite Mittheilung betrifft einen Patienten mit Harnfisteln, die trotz permeabler Strictur nicht zur Heilung kommen wollten. Der Grund für die Behinderung der Heilung wurde in der ständigen Reizung der Fisteln durch Urin gesucht. Es wurde daher der Urin mit Hilfe der Sectio alta abgeleitet, nach 32 Tagen waren alle Fistelgänge vernarbt.

8) Narath: **Beiträge zur Chirurgie des Oesophagus und des Larynx.** (Chirurg. Klinik Utrecht.)

1) Carcinom des Oesophagus.

Resection mitsammt einem Theil der erkrankten Trachea. Tod an Pneumonie. Die Section ergab ein infiltrirendes Carcinom, das fast den ganzen Oesophagus ergriffen hatte.

2) Exstirpation eines weit vorgeschrittenen Kehlkopfcarcinoms, das auf den Oesophagus übergegriffen hatte. Der Oesophagus musste daher circulär resecirt werden, an der hinteren Wand in 4 cm Länge. Erfolgreiche Vernähung der hinteren Oesophaguswand an die quer abgetrennte Pharynxwand. Die grosse Wundhöhle schloss sich durch Granulation, die äussere Haut zog sich hinein und setzte sich mit der Schleimhautbrücke in Verbindung. Schluss der Halbrinne durch einen doppelten Hautlappen. Einsetzung eines künstlichen Kehlkopfes.

9) Credé: **Silber als äusseres und inneres Antisepticum.** S. d. W. No. 36, S. 1000.

10) Schulte-Schweidnitz: **Die sogenannte Fussgeschwulst.**

Mit dem Namen «Fussgeschwulst» hat bekanntlich zuerst Breithaupt eine schmerzhafte Anschwellung des Fussrückens bezeichnet, welche bei Soldaten nach anstrengenden Märschen eintritt. Die Fussgeschwulst ist von verschiedenen Autoren bald auf eine Erkrankung der Mittelfussgelenke und -Bänder, bald auf eine Entzündung der Sehnenscheiden oder des Periostes zurückgeführt.

Sch. hat im Verlauf von 3 Jahren gegen 100 Kranke mit der genannten Affection beobachtet und vertritt die Anschauung, dass es sich bei der genannten Erkrankung stets um eine Störung des Zusammenhanges der Knochensubstanz an einem der drei mittleren Mittelfussknochen zu handeln pflegt und dass entweder ein Knickbruch oder eine vollkommene Fractur vorliegt.

Der Beweis, dass es sich um eine wirkliche Fractur gehandelt hat, ist nach Ansicht des Referenten allerdings nur für 6 Fälle geführt, bei denen Bruchschmerz, Crepitation, abnorme Beweglichkeit nachzuweisen war. Für die übrigen Fälle kann Referent den Beweis als gelungen nicht anerkennen, da hier nur eine Knochenauftreibung nachgewiesen wurde, die doch auch in anderen Dingen ihren Grund haben kann. Die Thatsache, dass es sich in solchen Fällen immer um eine Knochenverdickung handelt, ist ja allerdings an sich sehr beachtenswerth. Die Behandlung des Leidens hat vor allen Dingen in Bettruhe zu bestehen.

11) v. Hippel: **Die Operation der Ranula.** (Bergmann'sche Klinik in Berlin.)

v. H. empfiehlt die Exstirpation der Ranula von unten her; Schnitt parallel dem Unterkieferrand, stumpfe Trennung der Myohyoideusfasern, Beiseitedrängung des Geniohyoideus und Genioglossus, Exstirpation der Cyste.

12) v. Levschin-Moskau: **Ueber eine neue Methode der osteoplastischen Verlängerung des Unterschenkels nach Exarticulation des Fusses.**

Eine Art umgekehrter Pirogoff. Zur Deckung des Unterschenkelstumpfes wird ein Hautknochenlappen verwendet, der einen Theil der kleinen Fussknochen enthält (Os cuneiforme II und III, Os cuboideum, Os naviculare und die Basen der letzten Metatarsalknochen). Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 47.

F. Kayser-Sundsvall (Schweden): **Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase.**

Mittheilung eines Falles von operativer Heilung einer nach Totalexstirpation des Uterus (auf sacralem Weg) entstandenen Urinfistel.

C. Bayer-Prag: **Amputatio sub talo.**

Mittheilung eines Falles von Frostgangraen beider Füsse bei 47 jährigem Taglöhner, bei dem auf der einen Seite ein etwas modificirter Chopart noch zu machen war, auf der anderen jedoch nach möglichst knapper, an den Rändern des granulirenden Stumpfes vorgenommenen Hautdurchtrennung und Enucleation im Chopart'schen Gelenk zur Ermöglichung einer Vereinigung der Hautlappen (Schliessung des plantaren Defects) die untere Hälfte des Calcaneus (nach Ablösung der ganzen Sohlenweichtheile) in horizontaler Walzenfläche abgesägt wurde. Schr.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. VI, Heft 4 (October).

1) R. Hlawacek-Wien: **Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarter Organe.**

Trotz der grossen Häufigkeit von eitrigen Erkrankungen im Becken sind derartige Complicationen mit Schwangerschaft und Geburt nur selten berichtet. Ein vom Verfasser beobachteter Fall von eitriger Appendicitis endete im Wochenbett tödtlich. Die schlechte Prognose geht deutlich aus den bisher berichteten Fällen hervor, denn von 13 verstarben 11. Meistens kommt es zur Unterbrechung der Schwangerschaft und besonders die Wehenthätigkeit führt leicht zu einer Perforation des Wurmfortsatzes. In einem zweiten Falle kam es im 4. Monat der Schwangerschaft zum Durchbruch eines perityphlitischen Abscesses in die Scheide; die Kranke kam am normalen Ende der Schwangerschaft nieder und machte ein ungestörtes Wochenbett durch. In einem dritten Falle kam es nach eingetretenem Aborte in Folge eitriger Adnexerkrankung zur tödtlichen Allgemeininfection. Auch bei dieser Erkrankung zeigt eine Durchsicht der Literatur, dass meist Abort eintritt und der tödtliche Ausgang recht häufig ist. Im letzten Falle endlich führte eine eitrige Parametritis nach eingetretener Frühgeburt zu einer tödtlichen Pyaemie.

2) V. Johannovsky-Reichenberg: **Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei der conservativen Sectio caesarea.**

Verfasser berichtet ausführlich über einen Fall von Kaiserschnitt, bei welchem es zu einer Uterusbauchdeckenfistel gekommen war, wesshalb bei der wiederholten Ausführung des Kaiserschnittes

ein Längsschnitt in der hinteren Wand des Uterus angelegt wurde. Ferner wird über einen Fall berichtet, in welchem der Verfasser den Schnitt quer im Fundus uteri anlegte. Im Anschluss hieran werden verschiedene Schnittmethoden kritisch besprochen und der Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass der Längsschnitt in der vorderen Uteruswand nicht immer als der zweckmässigste Schnitt zu gelten hat, sondern dass die Wahl der Schnittmethode den jeweiligen individuellen Verhältnissen des betreffenden Kaiserschnittfalles anzupassen ist.

3) E. Ehrendorfer-Innsbruck: **Ueber einen seltenen Fall von ungewöhnlich starken Darmblutungen kurz vor der Geburt bei gleichzeitiger Schwangerschaftsnephritis.**

Die Schwangere, Hysterica, hatte in der ersten Hälfte der Schwangerschaft vielfach an Erbrechen zu leiden gehabt, das zeitweise allen angewandten Mitteln trotzte. Es entwickelte sich dann eine Schwangerschaftsnephritis, die mit diätetischen Mitteln bekämpft, ernstere Erscheinungen nicht machte, nur in der letzten Zeit der Schwangerschaft trat Retinitis auf. Ueber 4 Wochen vor dem Schwangerschaftsende traten 7 eklamptische Anfälle auf, die jedoch die Geburt nicht einleiteten. Kurz vor dem Einsetzen der Wehenthätigkeit kam es zu äusserst profusen Darmblutungen, so dass die Kreissende denselben fast erlegen wäre. Das verlorene Blut wird auf 1½ Liter geschätzt. Kurz vor der Geburt starb das Kind ab. Neben anderen Störungen im Wochenbett kam es noch zu einer Gangraen der Uterusschleimhaut, schliesslich Ausgang in Genesung. Jedenfalls sind die Darmblutungen auf durch die Nephritis bedingte Gefässveränderungen zurückzuführen. Kommt es doch bei dieser Erkrankung oft zu Blutaustritten in den verschiedensten Schleimhäuten, wenn auch wohl nur äusserst selten zu derartigen grossen Blutverlusten.

4) S. W. Doblin-Baltimore: **Bemerkungen zu den Arbeiten von Schnell, Wendeler und Goebel: Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera.**

Verfasser glaubt, dass es sich in derartigen Fällen um eine Infection mit dem Bacillus aerogenes capsulatus handele und berichtet kurz über 2 Fälle, in welchen ihm der Nachweis dieser Mikroorganismen an den Geweben der Frucht und der Placenta, bew. an der Leiche der Verstorbenen gelang. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie. 1897, No. 47.

1) F. Ahlfeld: **Ueber Erweiterung der Tuben bis zur Durchlässigkeit umfangreicher Sonden.**

Die bekannte Thatsache, dass beim Sondiren des Uterus die Sonde sich bisweilen ohne Gewalt weit in die Bauchhöhle vorschieben lässt, ohne dass Nachtheile für die Patientin hieraus erwachsen, hatte man bisher entweder durch Perforation des Uterus oder durch Erschlaffung der Uterusmusculatur (Beuttner) zu erklären versucht. Ahlfeld gibt eine andere Erklärung. Es gelang ihm in einem solchen Fall der unzweifelhafte Nachweis, dass dabei nur eine Sondirung einer Tube vorliegen konnte. Er konnte durch bimanuelle Abtastung feststellen, dass die Sonde am rechten, bezw. linken Horn den Uteruskörper verliess. Auch gelang es wiederholt in einem andern Falle, mit einem biegsamen Katheter die Tube zu passiren. Von der Sondirung der Tube überzeugte sich Ahlfeld dadurch, dass ein Assistent den Sondenknopf durch die Bauchdecken hindurch festhielt, während Ahlfeld selbst durch bimanuelle Abtastung feststellte, dass die Sonde an der Spitze des Uterushornes den Uterus verliess.

2) Reckmann-Breslau: **Beitrag zur vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen schwangeren Uterus.**

Reckmann beschreibt aus dem Krankenhause der Elisabethinerinnen (Prof. Pfannenstiel) einen ähnlichen Fall, wie jüngst Alterthum aus Hegar's Klinik (cf. dieses Bl. 1897, Nr. 29, S. 815). Es handelt sich um eine 36 jährige XII. Para mit Portiocarcinom und Gravidität im 6. Monat. Der Cervix wurde zuerst an der vorderen Fläche bis über den innern Muttermund gespalten, dann Foetus und Placenta und zuletzt Uterus nebst Adnexa entfernt. Heilung. Reckmann glaubt nach den bisherigen Erfahrungen, dass bei operablem Carcinom in allen Monaten der Schwangerschaft die vaginale Exstirpation die Operation der Zukunft sei, in den ersten Monaten in toto mit der Frucht, in den mittleren und letzten nach Entfernung des Foetus und der Placenta durch Spaltung der vorderen Cervix- und Uteruswand.

3) Oscar Schmidt-Moskau: **Ueber Steinschnittlage in partu.** Schmidt verwendet seit ca. 8 Jahren bei in der Beckenhöhle oder im Beckenausgang stehenden Kopfe die Steinschnittlage, aber nur während der Wehe, und schreibt derselben eine sehr günstige Wirkung auf den Verlauf der 2. Geburtsperiode zu. Hauptursache dieser Wirkung ist nach Schmidt eine Vergrösserung des Beckenausgangs, ferner der verstärkte abdominelle Druck. Die Zahl der Beckenausgangszangen soll durch diese Lage vermindert werden. Einen ähnlichen Vorschlag hat schon Remy 1894 gemacht, der jedoch dauernd die Lage durch Heftpflasterstreifen, welche die Oberschenkel an den Rumpf befestigten, fixirte.

Jaffé-Hamburg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. Neue Folge. 45 Bd., Heft 4, 1897. 26. November.

11) Tschernoff: **Klinische Beobachtungen über Chlorose bei Kindern, einige aetiologische Momente der Chlorose** und **deren Behandlung.** (Fortsetzung folgt.)

12) R. W. Raudnitz: **Zur Lehre vom Spasmus nutans.** (Fortsetzung und Schluss.)

Zu kurzem Referat nicht geeignete Bearbeitung der Diagnose, Differentialdiagnose und Aetiologie des Spasmus nutans.

13) D. Pospischill: **Ein Fall von Scharlachnephritis complicirt mit Hydronephrose.**

Zufälliger Sectionsbefund beiderseitiger Hydronephrose infolge anormaler Ureter-Blasen-Insertion bei einem an Scharlachnephritis verstorbenen Kinde. Siegert-Strassburg.

Virchow's Archiv. 149. Band. Heft 3.

20) R. Virchow: **Die Rolle der Gefässe und des Parenchyms in der Entzündung.** Referat für den XII. internationalen medicinischen Congress in Moskau 1897.

Die Entzündung äussert sich in einer Irritation, die sowohl Gefässe als Nerven, sowohl specifisches, wie nicht specifisches Parenchym betrifft. Wir unterscheiden 4 Formen der Entzündung, die exsudative, infiltrative, alterirende oder parenchymatöse, und die proliferirende. Die Irritation ist meist chemischer, zuweilen auch mechanischer Natur. Die Proliferation ist nur eine besondere Form der Zellthätigkeit; sie setzt jedesmal auch neues Material voraus. Dasselbe braucht jedoch nicht direct aus Gefässen bezogen zu werden, sondern ist auch in Geweben zu haben, die keine Gefässe enthalten; hier nehmen die Zellen das Material aus ihrer Umgebung vermöge Attraction. Das Wesen der Ernährung besteht in der Assimilation der aufgenommenen Stoffe, und zwar wohnt der Zelle die elective Kraft inne, vermöge besonderer Einrichtung aus dem umgebenden Material aufzunehmen, was ihrem Zustande entspricht. Bei der Entzündung gefässloser Theile fallen Rubor und Calor fort. Die Röthung in der Entzündung ist eine irritative Erscheinung, durch Reizung von Nerven ausgelöst. — Der Ausgang der parenchymatösen Entzündung ist die Fettmetamorphose; von dieser entzündlichen Fettmetamorphose wohl zu unterscheiden ist die nicht entzündliche, welch' letztere eine einfache Ernährungsstörung darstellt. Der ersteren geht stets ein Vorbereitungsstadium voraus, entweder nutritiven oder formativen Charakters, d. h. entweder trübe Schwellung oder zellige Proliferation, beide durch attractive Thätigkeit der Zellen entstanden. Zum Schlusse macht Verfasser darauf aufmerksam, dass das Fibrin in der Entzündung vielfach als ein Product des parenchymatösen Stoffwechsels betrachtet werden könne, und es willkürlich sei, die fibrinösen Exsudate allein aus dem strömenden Blute abzuleiten.

21) Albu: **Untersuchungen über Toxicität normaler und pathologischer Serumflüssigkeiten.** (Aus dem städtischen Krankenhause Moabit-Berlin.)

Das keimfreie Blutserum gesunder Menschen ist für Kaninchen giftig; der Giftstoff haftet an den normalen Eiweisskörpern des Blutserums selbst. Krankheitszustände und Anhäufung von Kohlensäure erhöhen die Giftigkeit. Letztere äussert sich in einer deletären Einwirkung auf das Nervensystem und die Nieren.

22) Stummer: **Mal perforant du pied nach Embolie der Art. poplitea.** (Aus dem pathologischen Institute Erlangen.)

Verfasser erörtert zunächst die Geschichte des Mal perforant und berichtet dann über einen von ihm selbst untersuchten Fall. Bisher war fast allgemein die Ansicht verbreitet, dass das Mal perforant auf nervösen Störungen beruhe, hier war dasselbe, wie Verfasser mit Bestimmtheit annehmen zu müssen glaubt, durch Embolie der Art. poplitea veranlasst. Ein solches hat bisher in der Literatur gefehlt.

23) Schwalbe-Strassburg: **Ein Fall von Lymphangiosarkom, hervorgegangen aus einem Lymphangiom.** (Aus dem pathologischen Institute der Universität Heidelberg.)

Die sarkomatöse Wucherung trat secundär ziemlich spät in dem Lymphangiom auf, und zwar nahmen die Sarkomzellen ihren Ursprung aus den Endothelien der Lymphspalten und Lymphgefässe. Vortragender ist der Ansicht, dass die Lymphangiosarkome sehr häufig das Vorstadium eines Lymphangioms haben.

24) Brosch-Wien: **Theoretische und experimentelle Untersuchungen über die künstliche Athmung Erwachsener.** (Schluss von S. 306). Zu kurzem Referate ungeeignet.

Heymann: **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkscompression.** (Aus dem pathologischen Institute Breslau).

Drei Fälle von Druckdegeneration des Rückenmarks durch Carcinom. Bei dieser sogen. Compressionsmyelitis sind 2 Formen von Degeneration zu unterscheiden, 1. die herdförmige, 2. die strangförmige, erstere fast nur an der Compressionsstelle und nächsten Umgebung, letztere längs eines Fasersystems; oberhalb der Compressionsstelle Entartung der Hinterstränge und Kleinhirnseitenstrangbahnen, unterhalb derselben Entartung der Seitenstränge und Vorderstränge. Die histologischen Veränderungen der grauen Substanz äusserten sich in einer Reduction des das Rückenmarksgrau bildenden Flechtwerkes, sowie in Verminderung und Veränderung der Ganglienzellen. Die Veränderungen der weissen Substanz zeigten sich in primärer Schwellung der Achsencylinder mit folgender Verdünnung der Markscheiden. Diese degenerativen Processe werden durch ödematöse Durchtränkung, arterielle Anae-

mie, und schliesslich durch directe Compression des Rückenmarkes hervorgerufen.

26. Sack-Heidelberg: **Ein Fall von Dermatitis bullosa maligna. Ein Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus.**

Eine innerhalb 14 Tagen letal verlaufende infectiöse Erkrankung einer 72jährigen Frau, bestehend in acuter Entwicklung von blasenförmigen, späterhin eitrig werdenden Abhebungen des Epithels der äusseren Haut und Schleimhaut. Letztere wurde zuletzt befallen. Hervorgerufen wurde die Erkrankung durch Mikroorganismen, die auf dem Wege der embolischen Verbreitung in das Unterhautzellgewebe eindrangen.

27. **Kleinere Mittheilungen.**

1. Israël-Berlin: **Hinweis auf Kernveränderungen.**

2. Grawitz-Greifswald: **Entgegnung auf das an mich gerichtete letzte Wort des Herrn Marchand.** (Heft 2 S. 377.)

3. Laudon-Elbing: **Eine historische Erinnerung an vergangene ärztliche Zeiten.** Burkhardt.

Archiv für Hygiene. XXIX. Band, Heft 3 und 4.

3. Heft. Di Mattei: **Ueber Prädisposition zu Infectionskrankheiten durch Einathmung der in den verschiedenen Gewerben gewöhnlicheren schädlichen Gase und Dünste.** 1. Theil: Giftige Gase. (Hyg. Institut Catania.)

Die Versuche ergaben, dass Thiere, die man mit Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff mehrmals täglich in verschieden hohem Grade in ziemlich primitiver Weise einige Tage lang vergiftet, in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen pathogene Mikroben, die man ihnen subcutan injicirt, geschwächt sind. Der Inoculation mit virulenten Bacterien erliegen sie rascher, als die normalen Thiere; abgeschwächte Rassen tödten noch vergiftete Thiere, wenn sie für gesunde kaum mehr pathogen sind, die Immunität mancher Thierrassen gegen bestimmte Bacterien macht einer Empfänglichkeit Platz. Es schwächen also die Einwirkungen der verschiedensten Gase gerade wie Hunger, Ueberanstrengung, Kälte die Widerstandskraft der Organismen gegen Bacterien. In der Uebertragung seiner Befunde auf den Menschen ist der Autor mit Recht vorsichtig, da eine derartig intensive Vergiftung, wie er sie mit seinen Thieren vornahm, kaum so leicht beim Menschen wiederholt vorkommt. Immerhin vertritt Di Mattei sowohl in Bezug auf die verschiedensten Fabrikgase als die Fäulnissgase den Standpunkt, dass ihnen eine sehr wichtige ungünstige Beeinflussung der persönlichen Disposition des Menschen zukommt.

4. Heft. Max Rubner: **Experimentelle Untersuchungen über die modernen Bekleidungssysteme.** 1. Theil: Empirische Reformbewegung.

Die lesenswerthe Studie gibt einen kurzen Ueberblick über die Factoren, welche in neuerer Zeit auf die Umwandlung unserer Bekleidungsweise von Einfluss waren, kritisirt die einseitigen empirischen Reformbestrebungen von Jäger, Goizet, Lahmann, Kneipp und weist nach, warum es diesen «Reformatoren» nicht möglich war, Bleibendes zu schaffen.

Dr. W. Lembke: **Weiterer Beitrag zur Bacterienflora des Darms.** (Hyg. Institut Berlin.)

Lembke hat mittels Gelatineplatten die Bacterien des Hundekothes (34 verschiedene facultative Darmbacterien) genauer studirt und den oft erheblichen Einfluss verschiedener Nahrung auf das Auftreten der verschiedenen Arten im Darminhalt verfolgt. Auch der Einfluss der Zufuhr von grösseren Mengen von Bacterien, die der normalen Darmflora fremd sind, auf die Bacterienflora wird untersucht. Näheres ist im Original einzusehen.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897, No. 48.

1) Prof. C. Binz: **Ueber einige Receptsünden und ihre Folgen.**

Die Ursachen der von B. näher geschilderten und mit Beispielen belegten Missgriffe sind nach den Ausführungen des Verfassers: Hastiges Schreiben des Receptes, undeutliche Schrift, ungenügende Signatur, das Verschreiben mit einander unverträglicher Bestandtheile, das Verordnen schlechter Pillen, das Verschreiben zu starker Gaben, besonders bei Kindern. Binz fordert eine gründlichere Schulung der klinischen Praktikanten im Receptiren.

2) Herr Rosin-Berlin: **Ueber einen eigenartigen Eiweisskörper im Harne und seine diagnostische Bedeutung.**

R. gibt zunächst einen Ueberblick über die chemischen Reactionen der Propeptone oder Albumosen (Kühne) in ihrem Verhältniss zum Eiweiss. In dem mitgetheilten Fall, der eine 36jähr. Kranke betraf, wurde wochenlang die Ausscheidung eines Eiweisskörpers durch den Harn beobachtet, der die Reaction der Albumosen darbot.: Fällung bei ca. 53°, dann von 72° an Schmelzen des entstandenen Niederschlages, Lösung beim Kochen, Wiederausfallen beim Erkalten. Der Körper gab die Biuretreaction. Bei der Section der Kranken fand sich amyloide Entartung, aber keine Entzündung der Nieren; am Thorax aber zeigten sich Neubildungen in zahlreichen Rippen, vom Marke ausgehend, mikroskopisch myelogene Rundzellensarkome. Nach Darlegung der vorhandenen Casuistik ähnlicher Fälle kommt R. zu der Aufstellung, dass Albumosurie eine diagnostische Bedeutung für die multiplen, myelogenen Sarkome des Thoraxskelets habe.

3) E. P. Joslin-Boston: **Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit Fleischpepton und Eucasin etc.**

Die Untersuchungen, bezüglich deren ziffermässiger Grundlage auf die im Original niedergelegten Tabellen verwiesen wird, wurden im Augustahospital in Berlin angestellt und zwar bei einem Fall von Magengeschwür, bei einer Magenresection und einem Fall von Gastroenterostomie. Im 1. Fall ergab sich eine hervorragend günstige Resorption des Liebig'schen Peptons und des Eucasin, während gewöhnliche gemischte Kost schlechter ausgenützt wurde. Im 2. Falle (Resection von ca. zwei Drittel des Magens mit Einschluss des Pylorus) war die Resorption der N-haltigen Substanzen während der Peptonperiode besser als vorher, während der Verlust an Fett durch den Koth sehr hoch stieg. Im 3. Falle trat an Stelle eines N-Verlustes von 3,6 Proc. vor der Operation ein solcher von ca. 20 Proc. des eingeführten N nach derselben, der Fettverlust stieg auf ca. 31 Proc.! Die in Frage kommenden operativen Eingriffe hatten also die Magenverdauung erheblich geschädigt. Der schädigende Einfluss auf die Fettverdauung ist zur Zeit nicht erklärbar, da keine Behinderung im Zufluss des Pankreassaftes und der Galle stattfand.

4) A. Westphal-Berlin: **Ueber Pupillen-Erscheinungen bei Hysterie.**

Der Verfasser schildert 3 Fälle von zweifelloser Hysterie (mit Abbildung) mit sehr ausführlicher Darlegung des ganzen Untersuchungsergebnisses, wo auf der Höhe der Anfälle Pupillenstarre (bei Myosis oder Mydriasis) bestand. Erweiterte Pupillen wurden vorwiegend bei grossen, aber auch bei kleinen, mit Muskelspannungen verlaufenden Anfällen gesehen; myotische Pupillen kamen anscheinend unabhängig von Anfällen, oder im Anschluss an einen solchen, tagelang dauernd, oder während ganz leichter rudimentärer Anfälle zur Beobachtung. W. folgert, dass das Verhalten der Pupillen während des Anfalles kein sicheres diagnostisches Merkmal abgebe für die Unterscheidung epileptischer und hysterischer Anfälle.

5) J. Wolff-Berlin: **Ueber die Operation der doppelten Hasenscharte etc.** (Schluss folgt.)

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 49.

1) Peter Poppert: **Ueber Seidenfadeneiterung nebst Bemerkungen zur aseptischen Wundbehandlung.** (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Giessen.)

Verfasser führt die selbst bei peinlichster Beobachtung aller Regeln der Antiseptik, besonders bei der Radicaloperation der Inguinalhernien nicht selten vorkommenden Eiterungen der Stichcanäle auf eine Ernährungsstörung der Gewebe mit nachfolgender Nekrose, Secretbildung, Durchbruch desselben nach aussen und secundärer Infection von der Oberfläche aus, zurück, welche durch ein allzufestes Zuschnüren der zahlreichen versenkten Seidennähte bedingt wird. In ähnlicher Weise hat er schon früher die «Catguteiterung» als einen chemischen Vorgang ohne Einwirkung der Bacterien zu erklären versucht. Diese mechanische Entstehung erscheint um so plausibler, als die Seidenfadeneiterung in der That am meisten bei der Radicaloperation, bei der durch die zahlreichen versenkten Nähte eine starke Abschnürung der ohnedies schlecht ernährten Gewebe erfolgt, beobachtet wird. P. fordert demgemäss, dass man Angesichts des Umstandes, dass sich eine im bacteriologischen Sinne absolute Keimfreiheit nie erreichen lässt, darnach trachten müsse, die Wundverhältnisse so zu gestalten, dass die Mikroben keine geeigneten Bedingungen für ihre Entwicklung finden, also möglichst schonendes Vorgehen mit Vermeidung alles unnützen Quetschens und Zerrens der Gewebe.

2) C. Weigert-Frankfurt a. M.: **Bemerkungen über die Entstehung der acuten Miliartuberculose.** (Schluss aus No. 48.)

W. vertritt seine von Wild im 149. Bande von Virchow's Archiv angegriffene Behauptung, dass zur Entstehung der acuten Miliartuberculose grössere tuberculöse Einbrüche in das Gefässsystem nöthig sind, indem er einerseits auf seine Untersuchungen hinweist, durch welche es ihm gelang, trotz der schwierigen anatomischen Verhältnisse in über 70 Proc. aller von ihm untersuchten Miliartuberculosen einen directen causalen Zusammenhang der tuberculösen Heerde im Gefässsystem, speciell in den Lungenvenen, im Ductus thoracicus etc., zu constatiren, andererseits aber auch auf die von Buchner erwiesene Thatsache, dass der Tuberkelbacillus kein «Blutbacterium», kein sich im strömenden Blute, sondern nur im Gewebe vermehrender Organismus ist.

3) H. J. Hamburger-Utrecht: **Ueber den heilsamen Einfluss von venöser Stauung und Entzündung im Kampf des Organismus gegen Mikroben.**

Die im Sitzungsbericht der königlichen Akademie der Wissenschaften zu Amsterdam veröffentlichten Untersuchungen des Autors liefern eine physiologische Erklärung und Begründung des bekannten Bier'schen Verfahrens der Behandlung der Tuberculose mit Stauungshyperaemie.

Mit CO_2 behandeltes Blut, bezw. dessen Serum besitzt einen grösseren Gehalt an diffusiblem Alkali und damit auch ein grösseres antibacterielles Vermögen als das gewöhnliche Blutserum. Ausserdem bewirkt die CO_2 eine Quellung der rothen und weissen Blutkörperchen, beides Eigenschaften, welche bei venöser Stauung und Entzündung auftreten und ein bis jetzt unbekanntes kräftiges Hilfsmittel im Kampf des Organismus gegen Mikroben bilden.

4) Toby Cohn-Berlin: **Ueber Myasthenia pseudoparalytica gravis.**

Nach einem im Verein für innere Medicin am 12. Juli 1897 in Berlin gehaltenen Vortrage mit mikroskopischen Demonstrationen. Referat siehe diese Wochenschrift No. 29, pag. 821. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 47.

1) Prof. Schnabel-Wien: **Ueber 2 Fälle von Strabismus.**

An der Hand minutiöser Analyse zweier Fälle von Strabismus kommt Sch. zu der von ihm schon seit Jahren vertretenen Folgerung, dass Strabismus eine Anomalie der Stellung der Bulbi, nicht aber eine solche der Bewegung ist. Die Lehre von Donders, dass beim Strabismus converg. beide Mediales dauernd verkürzt seien — der Bestand der Verkürzung wurde hiebei als Axiom vorausgesetzt — ist aufzugeben. Die Hypermetropie erzeugt nicht den Strab. converg. bei einem normal gestellten Augenpaare, um die Accommodation zu erleichtern, wie es Donders lehrt, sondern sie verhindert nur die Latenz des präexistirenden, von der Hypermetropie, wie von Muskelstörungen gleich unabhängigen Strab. converg.

2) H. Schlesinger-Wien: **Zur Physiologie der Harnblase.**

Bei einer 61 jährigen Frau bestanden zuerst Monate hindurch heftige Kreuzschmerzen, dann trat ein: Lähmung des Detrusor vesicae, Lähmung des Sphinct. vesicae, Anaesthesie der Blasenschleimhaut, später Incontin. alvi, Anaesthesie der Haut am Damm und Anus. Section: Carcinom des 1. Lenden- und 12. Brustwirbels, isolirte Quetschung des untersten Rückenmarksegmentes. Verfasser schliesst, dass das Blasencentrum in die Höhe des 4. Sacralsegmentes des Rückenmarkes localisirt werden müsse. Aus den Symptomen eines 2. Falles (50 jähriger Taglöhner), bei dem in Folge eines Tumors eine Destruction einer Rückenmarkshälfte am 3. und 4. Sacralsegment eingetreten war, ergibt sich die Annahme, dass die — unpaare — Harnblase ein paariges Reflexcentrum in dem bezeichneten Rückenmarksabschnitt besitzt.

3) J. Sternberg-Wien: **Habituelle beiderseitige Luxation der Clavicula.**

Ein sonst gesundes 16 jähriges Mädchen acquirirt durch Fall eine incomplete prästernale Luxation der rechten bei intacter linker Seite. Nach der operativen Fixation entsteht dieselbe Luxation durch gewaltsames Zerren am Arm linkerseits; operative Fixation dieses Gelenkes 5 Monate nach der des rechten, inzwischen geheilten. ½ Jahr später ist die gleiche Luxation links wieder eingetreten; 2. Operation links mit Transplantation des Kopfnickeransatzes, Heilung. Ein Jahr später rechte Clavicula wieder in leicht luxirbarer Verbindung mit dem Brustbein; linksseitiges Gelenk functionirt tadellos. Verfasser betont besonders den guten Effect der Transplantation des Kopfnickers resp. dessen Clavicularpartien an das Periost der 1. Rippe.

4) S. Jellinek-Wien: **Ueber Färbekraft und Eisengehalt des Blutes.**

Verfasser hat darüber an 10 gesunden Personen Untersuchungen angestellt. Es ergab sich, dass die rothe Blutfarbe nicht allein durch Haemoglobin, sondern auch andere Factoren bedingt ist; ferner, dass die Berechnung des Bluteisens aus der Färbekraft des Blutes nicht zulässig ist. (Vorläufige Mittheilung des Verfassers.)

Dr. Grassmann-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. December 1897.

Herr Ewald demonstrirt die Präparate eines an Lebercirrhose verstorbenen Mannes. Tödtliche Blutung aus einer varicösen Oesophagusvene.

Herr **H. Wohlgemuth: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Staphylococceninfection.**

Eingehende Beschreibung eines Falles von chronischer, nun schon 5 Jahre währender Pyaemie, welche sich entweder an eine Haemorrhoidenoperation oder an einen dieser letzteren bald folgenden Katheterismus mit consecutiver Urethritis und Cystitis anschloss. Mangels einer bacteriologischen Untersuchung wurde die Diagnose Jahre lang nicht gestellt.

Herr **F. Hirschfeld: Ueber Beziehungen zwischen Fettleibigkeit und Diabetes.**

Der Vortragende theilt 3 Betrachtungen mit, wonach bei wohlgenährten, bereits fettleibigen Personen nach einer reichlichen, aus etwa 100 g Stärkemehl (im Brod) und 20 g Zucker bestehenden Mahlzeit meist Zucker im Urin gefunden wurde. Nachdem alle 3 Patienten jedoch eine Entfettungscur durchgemacht hatten, war nach einigen Wochen kein Zucker mehr nachweisbar, auch wenn die Mahlzeit noch mehr Kohlehydrate enthielt. Die wirksamen Factoren bei dieser Entfettungscur waren: Verminderung der Kohlehydrate in der Kost, dann der gesammten Nahrungszufuhr auf etwa die Hälfte des Bedarfs und schliesslich die Steigerung der Muskelthätigkeit. Dem letzteren Umstand schreibt der Vortragende eine besondere Bedeutung zu, da eine der Versuchspersonen, welche aus äusseren Gründen sich wenig Bewegung machte, die Neigung zur Zuckerausscheidung am längsten aufwies. Aehnliche Verhältnisse d. h. reichliche Ernährung und ungenügende Muskelthätigkeit sollen bei manchen Krankheiten vielleicht die Veranlassung abgeben, dass nach reichlichem Zuckergenuss eher Zucker im Harn erscheint als bei sonst gesunden Versuchspersonen. So wäre vielleicht die Thatsache zu erklären, dass z. B. bei traumatischer Neurose und einigen anderen Nervenkrankheiten häufiger als sonst dieses Phänomen beobachtet wird. Auch das häufigere Vorkommen der leichten Formen von Diabetes, gerade in den wohlhabenden, körperlich wenig arbeitenden, und sich reichlich nährenden Classen, wäre so zu erklären. Schliesslich warnt aus diesem, sowie auch noch aus anderen Gründen der Vortragende noch vor der Uebererernährung bei den leichten Formen der Zuckerharnruhr, während bei den Patienten der schweren Form allerdings reichliche Ernährung nothwendig sei. H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 30. November 1897.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. Demonstrationen:

1) Herr Hess zeigt a) einen 58 jährigen, früher völlig gesunden Arbeiter, bei dem sich Ende Mai im Laufe von 3 Tagen eine linksseitige Monoplegie des Unterarms, vornehmlich im Bereich der Nervi medianus und ulnaris bis zur völligen Arbeitsunfähigkeit entwickelt hat. Es besteht eine schlaffe Lähmung, Atrophie und hochgradige E A R. Patient ist Linkshänder. Als aetiologisches Moment für dieses Krankheitsbild, das Vortragender als **Poliomyelitis anterior subacuta adultorum** anspricht, scheint ihm Ueberanstrengung hauptsächlich in Frage zu kommen.

b) einen 43 jährigen Maler, der seit 27 Jahren seinem Berufe nachgeht, vor 6 und vor 2 Jahren Attaquen von Bleikolik (auch Bleisaum des Zahnfleisches kam zur Beobachtung) durchgemacht hat. Derselbe leidet zur Zeit an Kopfschmerz, Gedächtnissschwäche, melancholisch-neurasthenischer Depressio animae, leichter linksseitiger Facialisparese und mässiger Klopfempfindlichkeit des linken Os frontis. — Keine Lues, kein Potatorium. Vortragender bespricht die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und **Encephalopathia saturnina.** Als eine ungewöhnliche Form der letzteren möchte er diesen Fall aufgefasst wissen.

Herr Rumpf hat unter einer grossen Zahl von nervösen Bleierkrankungen auch solche Fälle gesehen. Wenn es auch sehr wohl möglich ist, dass ein an chronischer Bleiintoxication Kranker an Paralyse erkrankt, so darf man doch in seltenen Fällen mit Ausschluss aller aetiologisch für Paralyse sprechenden Punkte und unter Berücksichtigung des Gesammtverlaufes die Bleivergiftung als ursächliches Moment derartiger Störungen annehmen.

2. Herr Franke bespricht die Pathogenese des **Enophthalmus.** Man hat ein symptomatisches und ein durch Trauma bedingtes Zurücksinken des Bulbus in die Orbita zu unterscheiden. Beide Formen, besonders die erstere, sind selten. Die Casuistik des traumatischen E. vermehrt Vortragender um 2 Fälle, Schiffsarbeiter, die in den Schiffsraum gefallen waren und Fracturen der Basis cranii, bezw. der Orbitalknochen davon getragen hatten. Das Zurücksinken entsteht entweder durch eine Verminderung (Schrumpfung in Folge von Entzündung) des retrobulbären Gewebes oder nach anderer Ansicht durch eine (traumatische) Sympathicuslähmung.

3. Herr Jaffé stellt einen Mann mit einem **Aneurysma der Aorta thoracica** vor, das höchst wahrscheinlich als Folge eines Betriebsunfalles aufzufassen ist. Der 57 jährige Arbeiter, früher stets gesund, fiel am 29. Mai d. J. in einen Schutenraum und wurde alsbald nach Hause transportirt. J. sah ihn noch am selben Abend, constatirte an dem stark collabirten Mann ausser Hautabschürfungen eine Absprengung der Spina ilei sup. ant. dext. und sandte Patienten sofort in das «Alte Allgem. Krankenhaus». Hier will Patient bereits bald nach seiner Aufnahme heiser geworden sein. Während seines Aufenthaltes im Krankenhaus soll Patient im Juni zuerst eine fieberhafte Angina, dann etwa 8 Tage später einen collapsartigen Anfall mit Dyspnoe und frequentem, aussetzendem Puls gehabt haben, ohne dass an den Brustorganen ausser etwas Emphysem Besonderes nachzuweisen war. Am 29. Juli wurde Patient zu weiterer Behandlung aus dem Krankenhause entlassen.

Anfangs September sah J. den Kranken wieder. Derselbe klagte noch über Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken hinter dem Sternum und Athemnoth. Die Untersuchung ergab einen kleinen, gespannten Puls von 84, der in der Minute 1—2 mal aussetzte und an r. und l. Hand gleich war. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergab völlig normale Verhältnisse. Speciell am Herzen

liess sich weder percutorisch noch auscultatorisch das Geringste nachweisen. Der Kehlkopf erschien im laryngoskopischen Bilde diffus geröthet; das linke Stimmband war gelähmt und blieb bei Respiration und Phonation unbeweglich (linksseitige Recurrenslähmung). Am 6. November wurde eine Röntgenaufnahme des Thorax von hinten aufgenommen. Hierbei liess sich deutlich im Bereich der aufsteigenden Aorta ein breiter, pulsirender Schatten auf dem fluorescirenden Schirm erkennen. Auch auf der photographischen Platte kann man die Verbreiterung des Aortaschattens noch deutlich feststellen. (Demonstration.)

Der heutige Zustand ist im Wesentlichen derselbe geblieben, wie im September ds. Js. Die Hauptklagen beziehen sich auf Heiserkeit und Schluckschmerzen hinter dem Brustbein. Athemnoth besteht nur nach längerem Gehen in geringem Grade. Die Stimme klingt rauh und heiser, aber nicht völlig aphonisch. Bisweilen tritt kurzer, trockener Husten auf. Der Puls, 70—78, ist jetzt weich, beiderseits gleich, sehr häufig aussetzend; die Arterien sind mittelweich. Anzeichen von Arteriosklerose (Schlängelung der Temporal- und Armarterien etc.) bestehen nicht. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, der Spitzenstoss liegt im 5. linken J.-R., in der Mammillarlinie. Die Herztöne sind leise, aber rein, der 2. Pulmonalton nicht verstärkt. Ueber dem oberen Drittel des Brustbeins lässt sich jetzt — was früher nicht der Fall war — ein etwa markstückgrosser Bezirk auffinden, wo der Schall etwas gedämpft und matter erscheint, als an den übrigen Partien der vorderen Brustwand. Die Auscultation bietet auch hier keine abnormen Geräusche.

J. glaubt, dass die Diagnose «traumatisches Aneurysma der Aorta» in diesem Falle zweifellos feststehe. Solche Fälle sind selten, aber in der Literatur doch mehrfach beschrieben. U. a. hat Bamberger (Lehrb. d. Krankheiten des Herzens, S. 418) 2 derartige Beobachtungen publicirt.

Ausser dem Wissenschaftlichen biete der Fall auch ein eminent praktisches Interesse, da es sich um einen Betriebsunfall handelt, und der Patient voraussichtlich zeitlebens völlig arbeitsunfähig bleiben werde. Ob ein kleines, bis dahin symptomloses Aneurysma schon vorher bestanden, lasse sich nicht mehr feststellen. Thatsache bleibt jedoch, dass die ersten subjectiven und objectiven Zeichen desselben bald nach dem Unfall aufgetreten seien, so dass in diesem Falle der Zusammenhang zwischen Unfall und Aneurysma im Sinne des Gesetzes angenommen werden müsse. Der Fall lehre überdies die Wichtigkeit der Röntgenbilder für die innere Medicin, da ohne dieselben die Diagnose bis vor Kurzem nicht sicher hätte gestellt werden können.

4) Herr **Wiesinger** rectificirt die Diagnose eines Falles, den er gelegentlich der Discussion über den Vortrag des Herrn Cordua: «Ueber Darminvagination» erwähnt hat. Er berichtete damals, dass er wegen einer **tuberculösen** Invagination eine grosse **Darmausschaltung** vor circa $1^1/_2$ Jahren mit Erfolg ausgeführt hatte. Die Diagnose stützte sich auf eine vorangegangene Spitzenaffection mit Haemoptoe bei dem hereditär belasteten Kranken, auf den Befund von Tuberkeln auf dem Peritoneum bei der Laparotomie und von Tuberkelbacillen im Darmsecret, das sich reichlich aus dem ausgeschalteten Darmabschnitte entleerte. Jetzt hat W. vor einigen Wochen das ausgeschaltete Stück wegen mehrfacher enormer, zu tiefstem Collaps führenden Blutungen in demselben total resecirt — die eingreifende Operation hat der Kranke glücklich überstanden — und dabei den interessanten autoptischen Befund erhoben, dass das grosse Invaginatum in eine grosse Geschwulst, die sich mikroskopisch als Sarkom des Darms erwies, aufgegangen war. Die einzelnen Darmhäute waren nicht mehr differenzirbar. Vortragender demonstrirt das Präparat, das einen faustgrossen, das Darmlumen obturirenden Tumor darstellt und das desswegen besonders Interesse verdient, weil es durch die oben erwähnte Operationsmethode noch $1^1/_2$ Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome entwicklungsfähig im Körper zurückgeblieben war.

II. Vortrag des Herrn **Rumpf: Ueber die Ernährung des gesunden und kranken Menschen.**

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung über die Entwickelung der Ernährungslehre wendet sich der Vortragende den bekannten Untersuchungsmethoden zu, er bespricht die Bestimmung der Kohlensäure in der Exspirationsluft, des Kohlenstoffs und Stickstoffs in Harn und Koth, sowie der Residuen der Nahrung in letzteren. Er geht sodann auf die Arbeiten Rubner's über das Caloriengleichgewicht in Nahrung und Abgabe beim ruhenden Thier ein und demonstrirt Tabellen über den Calorienbedarf in der Nahrung. Im Anschluss an die Untersuchungen über geringen Eiweissbedarf in einzelnen Fällen, theilt er die eigenen Untersuchungsergebnisse bei älteren Leuten eines Siechenhauses in Marburg mit. Hier schien bei einem 68 jährigen ruhenden Insassen von 60,5 kg Körpergewicht bei einer Calorienzufuhr von 2300 mit 53 g Eiweiss, 65,9 g Fett und 360 g Kohlehydrate Stickstoffgleichgewicht und Erhaltung des Körpergewichts in einem zwölftägigen Versuch erreicht zu sein. In diesem Fall wurden bei genauer Bestimmung der Ein- und Ausfuhr 53 g Eiweiss gar nicht und 7,9 g im Harn und Koth gefunden. In einem zweiten Fall bei einer 62 jährigen Frau von 41,15 kg Gewicht schien mit 43,2 g Eiweiss, 43,9 g Fett und 248,4 g Kohlehydraten pro Tag Gleichgewicht erzielt zu sein. Die Stickstoffausscheidung im Harn und Stuhl betrug pro Tag 6,8 g. Das Körpergewicht stieg von 42,15 auf 42,25 kg. Diese Versuche wurden mit demselben Resultat wiederholt. Aber trotz dieses anscheinenden Gleichgewichtszustandes fiel in dem ersten Fall das Körpergewicht im Laufe von 2 Jahren von 60,5 auf 55 kg, im zweiten Fall im Laufe von 8 Jahren von 42.25 auf 34,5 kg. Dabei waren Ernährung, Appetit und Gesundheitszustand im Wesentlichen stets die gleichen.

Es hatte also diese an Calorienmengen hinreichende, aber eiweissarme Nahrung auf die Dauer nicht genügt, den Körperbestand zu erhalten. Der Vortragende glaubt aber in manchen Krankheitsfällen, welche einer Reduction des Stickstoffumsatzes bedürfen, etwa mit 60—80 g Eiweiss längere Zeit auskommen zu können, während er für Gesunde 80—118 g Eiweiss als wünschenswerth bezeichnet.

Der Vortragende führt sodann aus, in welchem Verhältniss Fette und Kohlehydrate sich ersetzen können, ist aber auf Grund später zu gebender Erläuterungen der Anschauung, dass ein völliger Ersatz der Kohlehydrate durch Fett auf die Dauer nicht angeht. In Rücksicht darauf und auf den Bedarf des Körpers an organischen Salzen für die Oxydationsvorgänge spricht er sich energisch für eine möglichst gemischte Kost auf Grund des Calorienbedarfs und der nothwendigen resp. erwünschten Eiweisszufuhr aus.

Die nächsten Vorträge sollen die Ernährung des kranken Menschen behandeln. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Nachtrag zur Sitzung vom 26. October 1897.

Vorsitzender: Herr Unna. Schriftführer: Herr Delbanco.

3) Herr **Delbanco** demonstrirt 4 Fällen entstammende mikroskopische Präparate des **indischen Madurafusses.** Das Material verdankt Redner Herrn Professor Victor Horsley in London. An der Hand der Präparate werden die Unterschiede kurz entwickelt, welche die Strahlenpilze unserer einheimischen Aktinomykose, der in Amerika beobachteten Fälle von Mycetoma pedis und des indischen Madurafusses von einander trennen.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 21. October 1897.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Habs** das Präparat einer **Darmruptur**, welches einem 19 jährigen Arbeiter entstammt, dem ein Brett gegen den Unterleib geschleudert war.

3 Stunden nach der Verletzung sah H. den Patienten. An den Bauchdecken keine Zeichen einer Verletzung, dabei schwerste Erscheinungen acuter Peritonitis. Die sofort ausgeführte Laparotomie ergab, dass die oberste Jejunumschlinge geplatzt war; in derselben befand sich ein knopflochgrosser Riss, aus welchem die Mucosa sich pilzförmig hervorstülpte. Resection eines 10 cm langen Darmstückes. Darmnaht nach Czerny. Peritonealtoilette mit Kochsalzlösung. Tamponade nach Miculicz. Tampons am 10. Tage entfernt. Volle Genesung im Verlauf von 4 Wochen.

Sodann demonstrirt Herr **Thorn** das Präparat eines **myomatösen Uterus** und führt Folgendes aus:

M. H.! Das vorliegende Präparat eines durch Myome zum Umfang eines Gravidus ad terminum vergrösserten Uterus sammt Adnexen und Laquear vaginae ist durch abdominale Totalexstirpation gewonnen. Die Trägerin, 46 Jahre alt, hat 1 mal vor ca. 20 Jahren geboren, schon damals wurde ein kleines Myom in der rechten Wand constatirt. Vor 7 Jahren sah ich die Kranke zuerst; damals erreichte der Uterus Nabelhöhe, Corpus und Cervix waren von mehreren Knollen durchsetzt. Abgesehen von leichten Druckerscheinungen bestanden keinerlei Beschwerden, zumal keine profusen oder atypischen Blutungen; da zugleich ein Vitium cordis zu constatiren war, so lag keine strenge Indication zu operativem Eingreifen vor, die Kranke wurde nur zu ständiger Controle veranlasst. Im letzten Jahre liess sie sich nicht sehen, das Myom wuchs jetzt rasch. Vor 3 Wochen Schüttelfrost, Fieber bis 40°, jagender Puls. Vor 8 Tagen sah ich die Kranke zuerst wieder. Sie war von einer profusen Blutung überrascht worden und fieberte leicht. In die Vagina war ein faustgrosses Myom halb geboren und in Jauchung begriffen. Es wurde ohne Narkose ausgeschält, die Blutung stand auf Tamponade. Die Kranke sollte sich von der schweren Anaemie

etwas erholen, um dann radical operirt zu werden, da setzte, ohne dass am Geschwulstbett irgend eine Aenderung zu constatiren war, wiederum ein Schüttelfrost ein, mit Temperatur über 40° und Puls über 120; gleichzeitig war eine Empfindlichkeit des rechten Parametriums zu constatiren; die Kranke konnte sich auch jetzt noch nicht zur radicalen Operation entschliessen. Innerhalb der beiden folgenden Tage sank die Temperatur zur Norm, der Puls blieb etwas beschleunigt, ebenso die Athmung. Am Morgen des folgenden Tages plötzlicher Collaps, Cyanose, jagender Puls, subnormale Temperatur. Die Kranke war auch jetzt nur unter Vorgabe, dass von der Vagina aus vorgegangen würde, zur Operation zu bewegen. Aethernarkose. Sobald der mächtige Uterus hervorgewälzt war, besserte sich zusehends Puls und Athmung, die Cyanose nahm ab. Die Operation verlief ohne Zwischenfall. Das rechte Parametrium zeigte sich sulzig infiltrirt und wurde bis zur Beckenwand abgetragen; Durchleiten der Ligaturen nach der Vagina, Schluss der peritonealen Wunde im Douglas, Bauchnaht. Die Kranke kam in ganz auffällig besserem Zustand zu Bett; diese Besserung hielt auch die nächsten 24 Stunden an, dann stieg vom 2. Tage an die Temperatur unter mehrfachen Remissionen bis über 39°, aber damals noch ohne irgend bedrohliche Erscheinungen, ausser einer vorübergehenden Trübung des Sensoriums, die auf den reichlichen Alkoholgenuss zurückgeführt werden konnte. Am Abend des 3. Tages Collaps, rascher Exitus. Die Wundverhältnisse des Abdomens waren durchaus normale, keine Peritonitis. Zweifellos hatte das in Nekrose befindliche Myom schon seit Wochen zur Resorption septischer Massen geführt. Die Möglichkeit, die Kranke zu retten, bestand allein in der totalen Exstirpation und sie wäre ohne die Affection des Herzens wohl auch zur Wirklichkeit geworden.

M. H. Sie wissen, dass ich ein Anhänger der abdominalen Totalexstirpation des myomatösen Uterus bin, wenn ich auch keineswegs die Castration, die Enucleation nach Martin und die supravaginale Amputation völlig perhorrescire. Gewiss ist die totale Exstirpation der technisch schwierigste Eingriff, die Heilung danach aber ist die idealste; ich persönlich habe bislang nur günstige Erfahrungen mit dieser Operation gemacht und werde ihr treu bleiben. So sehr man aber über die Wahl der einzelnen Operationsmethoden bei solch' grossen Myomen verschiedener Ansicht sonst sein kann, im vorliegenden Falle war die radicale Entfernung des Uterus sammt Adnexen die einzig Erfolg versprechende Operation und sie konnte trotz des jämmerlichen Allgemeinzustandes glatt durchgeführt werden.

Zur Technik bemerke ich, dass ich nach Abbindung der oberen Partien der Adnexe das Peritoneum über der Blase umschneide, rings ablöse, um den Tumor eine starke Gummiligatur lege, die lediglich den Zweck hat, das Ueberschwemmen des Operationsgebietes durch das aus dem Corpus quellende Blut zu hindern, dann die Ligamente successive abbinde, mich dicht am Uterus haltend und beim Durchschneiden etwas Uterussubstanz stehen lassend. Die Scheide wird ohne Indicator etc. aus freier Hand eröffnet. Ist so der ganze Uterus sammt Scheidenansatz entfernt, so wird das überflüssige Gewebe an den Ligamenten etc. abgetragen, die Vagina vorn und hinten mit dem Peritoneum vernäht, die Stümpfe in die Vagina hinabgeführt und nun das Peritoneum darüber in einfacher Naht völlig geschlossen. Auf diese Weise kann man bei jeglicher Entwickelung der Myome sicher exstirpiren; die Doyen'sche Methode dagegen ist wohl nur bei schlanker Cervix und nachgiebigem Beckenboden anwendbar.

Darauf hält Herr **Biermer** den angekündigten Vortrag: «**Ueber Deciduoma malignum**».

Von dem Saenger'schen Fall von Sarkoma deciduo-cellulare (1889) ausgehend, referirt Vortragender den heutigen Stand der Lehre von den syncytialen Geschwülsten. Festhaltend an der Abstammung des Syncytium vom Uterusepithel erklärt Biermer die Erkrankung für mütterlichen Ursprungs. — Der Marchand'schen These von der einheitlichen Natur der Geschwülste widerspricht Vortragender und glaubt, die beschriebenen Fälle theils als Carcinome theils als Sarkome erklären zu können. Biermer schliesst mit der schwer zu beweisenden Vermuthung, dass der Keim der Erkrankung im nicht puerperalen Uterus zu suchen sei und das Puerperium die Gelegenheit abgiebt zu der atypischen und ausserordentlich deletären Verbreitung der Erkrankung. (Demonstration mikroskopischer Präparate.)

In der Discussion zu Herrn **Thorn's Demonstration** bemerkt Herr Brennecke: Bei Demonstration des grossen, fibromatös entarteten Uterus wies Herr Thorn darauf hin, dass Angesichts der tief in die Cervix hinabreichenden Entwickelung der Fibrome vom technischen Standpunkt aus kein anderes Operationsverfahren rationell und möglich erscheine, als allein die abdominale Totalexstirpation des Uterus. Demgegenüber möchte ich doch betonen, dass die Schroeder'sche Methode auch in solchen Fällen keineswegs versagt, dass ich sie unter analogen Verhältnissen des öfteren mit bestem Erfolge zur Anwendung gebracht habe. Man amputirt den Uterus nach Anlegung der provisorischen Gummiligatur, enucleirt nachträglich alle in dem Cervixstumpf steckenden Fibrome, glättet mit Scheere und Messer die Wundflächen und gewinnt so einen schlaffwandigen, für die nachfolgende Etagennaht vorzüglich geeigneten Stumpf. Aber freilich, die abdominale Totalexstirpation ist heute einmal Mode, wenn schon sie noch immer den Beweis dafür schuldig geblieben ist, dass sie bessere, oder auch nur ebenso gute Genesungsziffern zu liefern vermöchte, als die supravaginalen Amputations- und intraabdominalen Stumpfbehandlungsmethoden des myomatösen Uterus.

Herr Thorn: Ich nehme als selbstverständlich an, dass Herr Brennecke die Anamnese dieses Falles nicht gehört hat. Wir wollen heute Abend den alten Streit, ob Totalexstirpation, ob Schroeder'sche Operation die Zukunft gehört, nicht aufwärmen. Hier handelte es sich um ein in Nekrose befindliches Myom der Cervix, das bereits eine Infection des rechten Parametriums zu Stande gebracht hatte, und um zahlreiche Myome des Corpus; kein Mensch wird wohl in einem solchen Falle auf die Idee kommen, eine solche Cervix zurückzulassen. Auf keinen Fall hätte hier die Schroeder'sche, sondern höchstens die extraperitoneale Stielbehandlung in Frage kommen können.

Herr Brennecke: Insofern es sich im vorliegenden Falle um ein verjauchendes Fibromyom handelte, stimme ich selbstverständlich Herrn Thorn bei, dass hierdurch — aber auch hierdurch allein — die Totalexstirpation des Uterus indicirt erscheinen musste.

In der Discussion zu dem Vortrag des Herrn Biermer führt Herr Thorn Folgendes aus: M. H.! Ich bin von Anfang an dieser neuen Geschwulstform gegenüber etwas skeptisch gewesen und bin dies mit der Zeit immer mehr geworden. Mir scheint es nicht so sehr auf eine selbständige Neubildung, als auf ganz eigenthümliche Modificationen bekannter Geschwulstformen hinauszulaufen; diese Modificationen lassen sich in genügender Weise durch die Schwangerschaft erklären. Ich halte diese Geschwülste für maternen Ursprungs und glaube, dass sie theils den Carcinomen, theils den Sarkomen einzureihen sind. Fraglich ist mir, ob die Blasenmole irgendwelche aetiologische Bedeutung hat. Ich bin weiter der Meinung, dass der Beginn dieser Geschwulstbildungen vor die Schwangerschaft zu legen ist, das Haften des Eies gerade an der erkrankten Stelle erscheint mir nicht wunderbar, der fast stets folgende Abort erklärlich. Auch in der Art der Metastasirung auf dem wohl ausschliesslichen Wege der Blutbahnen finde ich nichts Absonderliches, ebensowenig in dem Umstand, dass Zottenreste mitgerissen werden und sich in den Metastasen nachher eingeschlossen finden. Ich selbst habe zwei Fälle gesehen, welche diesen Geschwulstformen einzureihen sind. Den ersten sah ich vor Jahren in Gemeinschaft mit unserem verstorbenen Mitglied Sendler. Es handelte sich um eine Frau Mitte der zwanziger Jahre, die nach einem Abort im III. Monat schwer erkrankte, verschiedentlich ausgekratzt (dabei sollen chorionartige Stücke entfernt worden sein) und rasch schwer anaemisch und kachektisch geworden war. Das Bild entsprach durchaus dem Sänger'schen Falle. In dem vergrösserten, scheinbar durch ein knolliges, das ganze Becken ausgiessendes Exsudat immobilisirten Uterus fanden sich sarkomähnliche Geschwulstmassen. Operativ war nichts mehr zu machen; bald traten Lungenmetastasen auf und die Kranke ging rasch zu Grunde. Der zweite Fall betraf eine 29jährige Kranke, die mit der Anamnese und dem Befund einer linksseitigen Tubenschwangerschaft zur Laparotomie kam. Zu meinem Erstaunen entpuppte sich das vermeintliche Ovulum als ein dicht am linken Horn aufsitzender kleinapfelgrosser Tumor, der mikroskopisch als Sarkom mit zahlreichen Haemorrhagien imponirte. Der Tumor war am 5. VIII. 1895 radical excidirt worden, die Kranke genas glatt. Schon am 6. IX. 1895 wurde ein Recidiv gleicher histologischer Structur aus der Vagina exstirpirt, wenige Wochen später waren Metastasen in den Lungen zu constatiren, Mitte October starb die Kranke.

Herr Brennecke: Wenn der Herr Vortragende und ebenso Herr Thorn die unter dem Sammelnamen «malignes Deciduom» bekannt gewordenen bösartigen Geschwülste als solche glaubten kennzeichnen zu müssen, die jedenfalls nur von den mütterlichen Gewebselementen der Placentarstelle ihren Ausgang nehmen könnten, wenn sie deren Ausgang von foetalen Gewebselementen als ein nicht glaubwürdiges und unerwiesenes Novum meinten von der Hand weisen zu dürfen, so muss ich dem gegenüber bekennen, dass mich die bisherigen Literaturerzeugnisse in entgegengesetztem Sinne belehrt haben. Herr Biermer hat in seinem Vortrage die ungemein klaren und überzeugenden Untersuchungen Gottschalk's so gut wie gar nicht berücksichtigt, — er erkennt aber die klärenden Arbeiten Marchand's voll an. Wie er dessenungeachtet die foetale Herkunft der in Rede stehenden Geschwülste leugnen oder doch für sehr unwahrscheinlich halten kann, ist mir nicht recht verständlich. Soweit ich sehe, besteht ja zwischen den Anschauungen Marchand's und denen Gottschalk's keine irgend nennenswerthe, jedenfalls keine wesentliche Differenz. Marchand bestätigt geradezu Gottschalk's einige Jahre früher gebrachte Darlegungen fast Punkt für Punkt. Nach beiden Autoren

sind die wesentlichen Geschwulstelemente Abkömmlinge des Syncytium und der Langhans'schen Zellschicht. Während aber Gottschalk in Uebereinstimmung mit Waldeyer eine Betheiligung auch der bindegewebigen Stromazellen der Zotten an den bösartigen Wucherungsvorgängen für nicht ausgeschlossen hält, dabei aber doch immer den vorwiegend epithelialen, durch das Syncytium und die Langhans'sche Zellschicht bestimmten Charakter der Wucherungen betont, so erklärt Marchand die Betheiligung des bindegewebigen Stroma der Zotten an dem Aufbau der Geschwülste bisher nicht für erwiesen. Dies der beinahe einzige Unterschied in der Auffassung der beiden Autoren. Erkennt man aber die überzeugenden Darlegungen dieser beiden Autoren als richtig an, so kann doch darüber kein Zweifel bestehen, dass wir es bei dem sogenannten «malignen Deciduom» in der That mit Neubildungen zu thun haben, die, von foetalen Geweben abstammend, sich parasitenartig zerstörend in den mütterlichen Geweben einnisten und weiterwuchern. Die dem Syncytium und der Langhans'schen Zellschicht eigene vitale Energie, vermöge deren sie zu ihrer Erhaltung nur des umspülenden mütterlichen Blutes, nicht aber eines eigenen Gewebskreislaufes bedürfen, befähigt diese Zottenbestandtheile nach Gottschalk in ganz hervorragendem Maasse dazu, auch losgerissen vom foetalen Boden im mütterlichen Blute parasitenartig sich fortzuentwickeln. Mag es auch bezüglich des Syncytium immerhin noch zweifelhaft sein, ob es mütterlicher oder foetaler Herkunft ist, — die Langhans'sche Zellschicht, die sich in ihren Abkömmlingen an der bösartigen Wucherung doch wesentlich mitbetheiligt, ist zweifellos foetaler Herkunft und damit ist der foetale Charakter wenn nicht aller, so doch gewiss eines sehr grossen Theils der in Rede stehenden Geschwulstformen erwiesen. Der Sammelname «Deciduoma malignum» wirkt irreführend. Er mag für einen kleineren Theil der hier in Frage kommenden Geschwulstformen zu Recht bestehen, insofern wohl gelegentlich auch einmal die Deciduazelle zur Matrix sarcomatöser Geschwulst werden kann, — für die Mehrzahl der bisher als Deciduoma malignum bezeichneten placentaren Neubildungen destruirender Tendenz aber würde es jedenfalls richtiger sein, sie nach Gottschalk als maligne placentar-villöse Geschwülste zu bezeichnen, um schon im Namen ihre zweifellose Abkunft von den foetalen Gewebselementen der Chorionzotte zu klarem Ausdruck zu bringen.

Noch möchte ich auf eine, wie mir scheint für die Praxis ungemein bedeutungsvolle, jüngst erschienene Arbeit Neumann's aus der Schauta'schen Klinik in Wien hinweisen. Der Herr Vortragende hat ihrer nicht gedacht. Fussend auf der Thatsache, dass in einer verhältnissmässig grossen Zahl — in etwa 45 Proc. — aller bisher als malignes Deciduom beschriebener Fälle angegeben wird, eine Blasenmole sei der Geschwulst vorhergegangen, sowie fussend auf der weiteren Thatsache, dass doch bei Weitem nicht alle Blasenmolen zur Entwicklung der gefürchteten Geschwülste Anlass geben, ist Neumann auf den naheliegenden Gedanken gekommen, Untersuchungen darüber anzustellen, ob sich nicht an den Blasenmolen selbst schon Kriterien finden lassen, die uns berechtigen, sie in dem einen Falle für gutartig, im anderen Falle aber für bösartig, d. h. zu nachfolgender Entwicklung maligner Geschwülste tendirend, zu erklären. In sämmtlichen daraufhin bisher untersuchten (4) Fällen bösartiger Blasenmolen, d. h. solcher Blasenmolen, deren Ausstossung thatsächlich von dem klinischen Krankheitsbilde des sogenannten Deciduoma malignum gefolgt war, hat sich nun in überraschend gleichmässiger Weise gezeigt, dass die syncytiale Bekleidung der Zotten Auswüchse in das bindegewebige, myxomatös degenerirte Stroma derselben getrieben hatte, und dass sich mehr weniger zahlreiche, völlig abgesprengte Syncytiuminseln inmitten des bindegewebigen Stroma der Zotten vorfanden. Aus diesem Verhalten des Syncytium bei den malignen Blasenmolen resultirt ein Bild der Zotte, welches sich von dem Bilde der Zotten benigner Blasenmolen, die nichts weiter als eine myxomatöse Degeneration des bindegewebigen Zottenstroma erkennen lassen, in sehr markanter Weise unterscheidet. Wenn sich diese Befunde — wie es nach den sorgfältigen Untersuchungen Neumann's wohl anzunehmen — weiter bestätigen sollten, so leuchtet deren eminente Bedeutung ohne Weiteres ein. Wir gewinnen damit die Möglichkeit, die so ungemein bösartigen placentar-villösen Neubildungen in den frühesten Stadien ihrer Entwicklung zu erkennen und wenigstens bei einem Theile der in Rede stehenden Fälle — d. h. eben bei den sich an Blasenmolen anschliessenden Fällen — so frühzeitig mit einer Radicaloperation eingreifen zu können, dass die Gefahr eines Recidivs dadurch erheblich verringert werden wird. Es versteht sich von selbst, dass die in solchen Fällen indicirte Radicaloperation nur die Totalexstirpation des Uterus sein kann.

Herr Thoma räth, aus dem dunklen Chaos dieser Frage Hypothesen fortzulassen. Er meint, es könne beim Menschen nicht nachgewiesen werden, ob das Syncytium foetal oder maternal sei, und auch aus den Verhältnissen bei Thieren liessen sich keine Schlüsse ziehen. Deswegen bleibe die Aetiologie des Deciduoma malignum dunkel.

Herr O. Hager wirft die Frage auf, ob es sich bei der Entstehung dieser Krankheit nicht um Sprosspilze handeln könne.

Herr Biermer: Schlusswort.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. Mai 1897.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr Stifler-Bad Steben als Gast: **Die Behandlung von Herzkrankheiten.**

Das CO_2-Stahlbad Steben wirkt durch Steigerung des Blutdruckes, Erweiterung der peripheren Strombahn, Herabsetzung ihrer Widerstände hydrostatisch, durch gesteigerten Druckeffect in erweiterten Bahnen. Die speciellen Indicationen sind im Gegensatze zum Oertel-Regime, Nauheimer-Cur etc., die haemodynamisch wirken, alle Circulationsstörungen, deren Ausgleich hauptsächlich im grossen Kreislauf zu suchen ist — das ist das schwache und das geschwächte Herz und die Mehrzahl der Herzneurosen. Die physiologische Grundlage für diese Herzstudie wird in zahlreichen Curven, Tabellen und Untersuchungen gezeigt.

Demonstration des neuen Blutdruckmessers von Charles Verdin in Paris.

2. Herr Landau: **Ueber Organotherapie** (exclusive Schilddrüse).

Die Organbehandlung ist so alt, wie die Geschichte der Medicin und findet sich in den ersten Spuren schon im ältesten Documente unserer Wissenschaft, im Papyrus Ebers. In der Neuzeit fast vergessen, lebte sie mit Brown-Séquard's Hodensafteinspritzungen, denen bald die Behandlung der Myxoedemkranken mit Schilddrüse folgte, wieder auf. Die moderne Organotherapie stützt sich auf Brown-Séquard's Lehre von der inneren Secretion (1869), und Combe hat aus ihr seine Eintheilung in Glandes antitoxiques und in Glandes vivifiantes abgeleitet.

Glandes antitoxiques (abgesehen von der Schilddrüse) sind:

1. Thymusdrüse — verwendet gegen Kropf und Morbus Basedowii.
2. Hypophysis — verwendet gegen Akromegalie und Epilepsie.
3. Nebennieren — verwendet gegen Morbus Addisonii, Diabetes insipidus und als Vasoconstrictor der Conjunctiva (Bates).
4. Nieren — verwendet gegen Uraemie, Nephritis und Epilepsie.
5. Leber — verwendet gegen atrophische Lebercirrhose und Ikterus gravis.
6. Pankreas — verwendet gegen Diabetes mellitus.

Glandes vivifiantes sind:

7. Hoden — verwendet als Tonicum für das Nervensystem.
8. Ovarium — verwendet gegen natürliche und künstliche Klimax-Beschwerden, gegen Chlorose mit Amenorrhoe und Osteomalacie.
9. Prostata — verwendet gegen Hypertrophie der Prostata.
10. Milz — verwendet gegen Malariakachexie und als «Eurythrol» gegen Anaemie und Chlorose.
11. Knochenmark — verwendet gegen perniciöse Anaemie, Leukaemie und Pseudoleukaemie.

Dazu kommen vereinzelte Mittheilungen über «Nerventransfusion» (Constantin Paul) und über Verwendung von Cerebrum siccatum, über Parotistabletten und Mammatabletten gegen Ovarialleiden bezw. Uteruserkrankungen, über Synovialextract gegen chronische Gelenkleiden, über Lungensaft gegen chronische Lungenerkrankungen und über Glandulen, aus den Bronchialdrüsen des Hammels gewonnen, als Heilmittel der Tuberculose; auch Herz wurde gegen Herzleiden als Cardium verfüttert.

Noch weiter gehen die Organtablettenfabrikanten, die nicht nur die Speicheldrüsen, die Lymphdrüsen, die Zirbeldrüse, das Rückenmark und die Medulla oblongata verarbeiten, sondern sogar Uterus und Tubae Fallopiae.

Das Facit aus allen diesen Beobachtungen ist ein durchaus zweifelhaftes und unsicheres. Die Grundlage der Organotherapie ist unsicher — denn, wenn wirklich gewissen Krankheiten gewisse Drüsenstörungen zu Grunde liegen, so handelt es sich um einen Mangel oder Fehlen der Function. Function aber durch todtes Gewebe, das obendrein noch durch die Verdauung aufgelöst und chemisch verändert wird, ersetzen zu wollen, das geht nicht an! Denn Function ist Thätigkeit lebender Zellen! Bestechend wirken freilich die Erfolge der Schilddrüsenmedication gegen Myxoedem; doch um so nachdenklicher stimmt, dass die Organo-

therapie über keinen zweiten, so markanten Erfolg verfügt, wie Romberg mit Recht hervorhebt. Wie dem auch sei, ehe wir die Organotherapie für einen Gewinn unserer Wissenschaft und für unsere Kranken erachten dürfen, bedarf es nicht der Beobachtung einzelner Fälle, sondern grosser Versuchsreihen; nicht Mittheilungen eines einzelnen Enthusiasten, sondern einer Schaar nüchterner Beobachter. Inzwischen erheischt es die Würde unserer Wissenschaft, dem Anwachsen der Organotherapie entschieden entgegenzutreten!

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 4. Dezember 1897.

Hofrath v. Schneider †. — Die Behandlung von Kopfschmerzen. — Gegen das Händeküssen. — Unrichtige Recepte. — Eine curiose Warnung.

Am 1. ds. Mts. hat man in Wien unter grosser Betheiligung von Professoren und Aerzten einen stillen Mann zu Grabe getragen, der lange Zeit hindurch, zuerst als Militär, sodann als hoher Staatsbeamter, eine einflussreiche Stellung einnahm: Hofrath Franz Ritter v. Schneider, zu Beginn ein kleiner praktischer Arzt, sodann Assistent, Docent und ordentl. Professor der medicinischen Chemie an der Josefs-Akademie zur Heranbildung von Militärärzten, bald darauf Mitglied des Militär-Sanitätscomité's und Inspector der k. k. Militär-Medicamentenregie, sodann von der Universität übernommen und zum Vorstande des I. chemischen Universitäts-Laboratorium ernannt. Nach einem unglücklich ausgeführten Experimente, welches ihn beinahe des Augenlichtes beraubte, liess er sich 1876 als Professor pensioniren, um Ministerialrath und Mitglied der ständigen Medicinal-Commission im Ministerium des Innern zu werden. Damals schon 63 Jahre alt, müde und abgearbeitet, liess er als oberster Medicinalbeamter des Reiches allenthalben den Mangel an schöpferischer Initiative fühlen, mag aber immerhin als Bureaukrat Verdienstliches geleistet haben. Die Aussenwelt erfuhr hievon sehr wenig, wie denn auch seine Thätigkeit als Herrenhausmitglied eine für die grossen medicinischen Kreise unbekannte, daher nicht gewürdigte war. Schneider war früher literarisch überaus thätig und hat, nebst zahlreichen chemischen Facharbeiten, mehrere Compendien für Chemie erscheinen lassen. Am bekanntesten sind seine im Vereine mit Professor Vogl bearbeiteten Commentare zur österreichischen Pharmacopoe. 1813 geboren, erreichte Schneider das hohe Alter von 84 Jahren.

Im Wiener medicinischen Doctoren-Collegium hielt Professor Moriz Benedikt an zwei Sitzungsabenden einen gross angelegten Vortrag: «Ueber Kopfschmerz», auf welchen ich noch zurückkomme. Heute will ich bloss einige therapeutische Winke mittheilen, welche der erfahrene Kliniker am Schlusse seines Vortrages in gedrängter Kürze gab und welche ungefähr lauteten:

Hat man es bloss mit einer Neuralgie zu thun, so verabreiche man das specifische Heilmittel, das Jodnatrium. Es wirkt so sicher, dass B. der Ansicht ist, dass jedesmal ein schwererer Process zu Grunde liege, wenn Jod versage. Auch bei jener Neuralgie, die wir hier im Gefolge von Influenza als eine in gewissen Stadtbezirken Wiens endemische Form von Supraorbital-Neuralgie kennen gelernt haben, wirkt Jodnatrium vortrefflich.

Neben Jod bewähren sich die elektrische Behandlung und die Points de feu, letztere mit längerer Unterhaltung der gesetzten Wunden mittels Ungt. Mezerei. Die Wirkung der Kauterisationen beruht auf dem von Benedikt aufgestellten Gesetze von der Mitleidenschaft zwischen äusserer Hülle (Cranium) und dem inneren Eingeweide (Gehirn). Im Gesichte und am Halse setzt B. keine Points de feu — mehr aus aesthetischen Gründen als aus therapeutischen. Hier wirkt oft die Injection einer 2 proc. Carbolsäure-Lösung, resp. bringt ein operativer Eingriff rasche Heilung (Tic douloureux, Trigeminus-Neuralgie).

Werden Kopfschmerzen durch Anaemie, Congestion, Albuminurie, Syphilis etc. verursacht, so ist selbstverständlich die constitutionelle Behandlung einzuleiten.

Gegen die in Anfällen auftretende Form der Hemicranie oder Migräne wird eine Unzahl von Heilmitteln angerühmt; sie helfen alle bis zu einem gewissen Grade. Wir müssen uns bemühen, die Heilung im beschränkten Sinne anzustreben, insoferne als die Anfälle seltener, minder heftig und kürzere Zeit andauernd werden sollen; denn das Auftreten von Recidiven werden wir hier kaum verhüten, da es sich um angeborene Zustände handelt. Merkwürdig ist, dass die Migräne aufhört, sowie eine schwere Erkrankung einsetzt. Auch gegen diesen Kopfschmerz wendet B. seit 2—3 Jahren das Jodnatrium an und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Sodann gelangt in Anwendung die elektrische Behandlung, nicht so sehr die Galvanisation als die Faradisation, die elektrische Hand, ferner die metallischen Magneten und die elektrische oder Franklin'sche Douche. Bei mehrmonatlicher Behandlung wird man hier ebenfalls zu befriedigenden Resultaten gelangen.

Die rheumatische Form der Kopfschmerzen wird man mit antirheumatischen Mitteln zu behandeln haben. Kahlköpfigen wird man, oft mit Nutzen, die Anschaffung einer Perrücke empfehlen.

Den bei Gehirnerkrankungen (Tumoren, Neoplasma) auftretenden Kopfschmerzen, welche den behandelnden Arzt ebenfalls zur Verzweiflung bringen können, wird man symptomatisch begegnen, so in bekannter Weise mit Jod und Quecksilber, auch wenn die Kranken niemals an Syphilis gelitten haben. Thatsache ist, dass auch solche Kopfschmerzen, wiewohl das Neoplasma fortbesteht, nach Verabreichung der besagten zwei Mittel sistiren, ja selbst eine bestandene Papillitis soll zurückgehen. Diese Kopfschmerzen und die Papillitis erklärt Benedikt als durch Fortpflanzung des Reizes entstanden. Tritt kein Erfolg ein, so füge man kleine Dosen von Morphium hinzu, etwa $^1/_3$ cg dreimal täglich; man wird damit sogar schweren Cephalalgien beikommen. Bei der Giltigkeit des obenerwähnten Gesetzes von der Abhängigkeit der Lebensbedingungen zwischen Hülle und Gehirn vermag eine die erstere treffende starke Reizung die secundären Veränderungen, welche ein solches Neoplasma an entfernten Punkten setzt, Veränderungen im Gehirne und in seinen Häuten, auch intensiv zu beeinflussen. Dies ist also der Fall bei derlei Kopfschmerzen und bei gewissen Formen von Epilepsie, welche durch Points de feu, Unterhaltung der Wunde etc. günstig beeinflusst werden können. Einen Punkt will B. besonders betonen. Man hat ihn ärztlicherseits des Oefteren gefragt, wie er es wage, im Jahrhundert der Asepsis solche Kopfwunden zu setzen und eiternd zu erhalten; ob er nicht Rothlauf oder Sepsis fürchte etc. Darauf entgegnete er: Unsere Aufgabe sei die, zu heilen. Durch Kauterisationen habe er niemals Sepsis erzeugt, die gesetzten Wunden heilten stets ausgezeichnet. Es vergehe kaum ein Tag, dass er nicht Points de feu setze, er habe es oft unter misslichen Umständen gethan, bei sogenanten «Schmutzfinken», habe aber bisher nicht ein einziges Mal Rothlauf oder Sepsis darnach beobachtet. Seine Erfahrungen lassen mithin diese Furcht unbegründet erscheinen.

B. bekämpft in ausführlicher Weise und unter Verlesung der klassischen Krankengeschichte eines obducirten Falles von Neoplasma des Gehirnes die sogenannte Drucktheorie, hält aber dennoch dafür, dass eine Trepanation, als ein mächtig wirkender Reiz, unter Umständen auf die secundären Symptome (Kopfschmerzen) heilsam wirken könne, ja er würde sich nicht wundern, wenn sogar eine Papillitis nach einer Trepanation zurückgehen würde. Selbst unter falschen Voraussetzungen (Aufhebung eines nicht bestehenden erhöhten Druckes innerhalb der Hirnkapsel) ausgeführt, könnte dieser Eingriff, wieder nach dem Gesetze der Mitleidenschaft zwischen Hülle und Inhalt, zuweilen dennoch überaus wirksam sein.

In den Schulen Ungarns, so lese ich in der hiesigen Monatsschrift für Gesundheitspflege, wie namentlich in jenen der österreichischen Alpenländer, ist es Sitte, den Lehrern, Lehrerinnen und Katecheten beim Kommen und Gehen die Hände zu küssen. Ein Budapester städtisches Schulamt stellte nun den Antrag, der Magistrat möge das Händeküssen, das in pädagogischer Hinsicht gänzlich zwecklos, in sanitärer Richtung aber bedenklich sei, verbieten. Vom Oberphysikus wurde diese Ansicht der Schulaufsichtsbehörde mit dem speciellen Zusatz bestätigt: «Das Küssen der Hände sei geeignet, der Verbreitung ansteckender Krankheiten Vorschub zu leisten». In Folge dieses Gutachtens erliess der Budapester Magistrat an die Directoren der städtischen Schulen

AUGUST ZINN.



Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift.
Verlag von J. F. LEHMANN in München.

eine Rundverfügung, dass es dem gesagten Lehrpersonal ohne Unterschied strengstens untersagt wird, sich noch weiterhin von den Kindern die Hände küssen zu lassen. — Schon vor Jahren fand ich in der Kinderstube eines Wiener Arztes an der Wand einen grossen Zettel, auf welchem in Riesenlettern gebeten wurde, die Kinder nicht zu küssen. Das Vergnügen eines solchen Kusses ist ja begreiflicherweise ein kurzes und minimales, der Schaden, welcher ihnen unter Umständen durch Anhängung einer Infectionskrankheit, und sei es auch bloss eines gehörigen Schnupfens, zugefügt werden kann, gewiss ein beträchtlicher.

Ein Erlass der k. k. niederösterr. Statthalterei, welcher an alle Aerzte Wiens versendet wurde, macht dieselben darauf aufmerksam, dass aus gerichtlichen Verhandlungen über einen plötzlichen Todesfall nach Genuss eines vom Arzte verschriebenen Bandwurmmittels zur Kenntniss gelangt war, dass das in das Verzeichniss der scharfwirkenden Arzneimittel der Pharmacopoe aufgenommene Extr. filicis maris in der betreffenden Apotheke auf die von dem Arzte unterfertigte, aber ganz allgemein gehaltene schriftliche Anweisung «Capsulae contra taeniam» hin in Gelatinkapseln verabfolgt worden sei, wobei der ordinirende Arzt von dem Inhalte und der Dosirung des verabreichten Präparates keine Kenntniss hatte. Dieser Vorgang verstosse sowohl gegen bestimmte Ministerialverordnungen für Aerzte, als auch gegen die Apotheker-Ordnung, wesshalb die Aerzte aufgefordert werden, in Hinkunft derlei Heilmittel in einem ordnungsmässig ausgestellten, d. i. die officinelle Bezeichnung mit der Quantitätsangabe und Dosirung des betreffenden Arzneimittels enthaltenden Recepte zu verordnen. Der Handverkauf dieser Mittel ist natürlich verboten.

Ein curioses Inserat stand jüngst in der «Oesterr. Aerztl. Vereinszeitung». Ich setze es hier an:

Warnung zur Vorsicht.

In der Regel sind Niederlassungen in der Nähe grösserer Industrieorte oder Städte nicht zu empfehlen, denn der Landbewohner zahlt dem Stadtarzte lieber das Doppelte, als dem dasselbe leistenden Ortsarzte. Die Fabel von der nothleidenden Landbevölkerung in den halbwegs besser n Gegenden hat bei näherer Beobachtung keinen Halt

Also weiter entfernt von der Stadt oder in der Stadt selbst wohnen! H.

Eine so allgemein gehaltene Belehrung oder Warnung der Collegen, zumal in Form eines Inserates, wirkt doch auf Jedermann — erheiternd. Oder sollte Collega X selbst so unglücklich sein, in der Nähe eines grösseren Industrieortes zu wohnen und nun die Niederlassung eines Concurrenten befürchten zu müssen? Wem gilt diese prophylaktische Kugel, gilt sie mir, oder gilt sie Dir (Collega X)? Timeo Danaos — selbst solchen «Warnungen» gegenüber fehlt mir der Glaube an das Wohlwollen all' meiner Collegen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung am 23. und 30. October 1897.

Balzer und Griffon haben 14 Fälle von Ecthyma und 31 von Impetigo bacteriologisch untersucht und dabei ausnahmslos den Streptococcus in Form von Diplococcus mit feinen Körnchen, welche entweder innerhalb oder ausserhalb der Leukocyten lagen, gefunden. Bei Ueberimpfung auf Kaninchen zeigten sie sich pathogen, indem sie Abscesse, Erysipel und selbst tödtliche Septicaemie verursachten. Der Streptococcus scheint also der Erreger von Impetigo und Ecthyma zu sein, wie schon Thibierge und Bezançon behauptet haben.

Gellé empfiehlt warm die acustischen Uebungen mittels des Dussaud'schen Mikrophonographen bei der Taubstummheit; man sollte schon in frühester Jugend damit beginnen; so hat Gellé bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde eine erstaunlich rasch zunehmende Entwickelung des Gehörs constatiren können und damit auch die Neigung, die Töne aufzunehmen und zu reproduciren.

Gilbert und Fournier, welche die Lehre von dem infectiösen Ursprung der Gallensteine begründet haben, gelang es, auf experimentellem Wege bei Kaninchen und Meerschweinchen mittels Injection des Bacillus coli Cholelithiasis zu erzeugen. Sie demonstrirten ferner zwei Concremente von Gerstenkorngrösse, welche fest adhärent an der Schleimhaut gelegen und dadurch entstanden waren, dass dem Kaninchen $1^1/_2$ Monate vorher 3 Tropfen einer Bouillonreincultur des Typhusbacillus in die Gallenblase injicirt worden waren. Im Centrum der Steine, welche eine centrale weisse und eine periphere Pigmentschicht zeigten, fand sich der Bacillus im reinen Zustande.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 2. November 1897.

Behandlung der chirurgischen Tuberculose mit Euphorbium.

Pénières-Toulouse hat in einer Anzahl solcher Fälle das Euphorbiumharz mit gutem Erfolge angewandt und zwar in subcutaner Injection von sehr schwachen Dosen (Theilen von 1 Milligramm), welche auch bei Kindern keine Zufälle irgend welcher Art hervorriefen. Das beste Präparat ist eine feine, alkoholfreie Emulsion, welche so zu dosiren ist, dass 1 ccm der Flüssigkeit $^1/_4$ mgr Euphorbium enthält. Es genügt, alle 8, manchmal bloss alle 14 Tage, eine Injection zu machen, wobei die Dosis allmählich gesteigert werden kann. Das Mittel verursacht zuerst eine Vernichtung des Bacillus und dann einen Regenerationsprocess der Weichtheile und Knochen, ohne dass dabei Induration der Gewebe eintritt.

Laborde und Lancereaux setzen die in früheren Sitzungen begonnene Debatte über die Lebercirrhose bei Trinkern fort: Ersterer bringt zahlreiche Beispiele dafür, dass bei Jenen, welche nur concentrirten Alkohol (Whisky u. s. w.) in grossen Mengen trinken, die Lebercirrhose sehr häufig gefunden wird, Lanceraux hingegen bleibt auf seiner Meinung bestehen, dass das im Weine, besonders dem gegipsten, vorhandene schwefelsaure Kali die sog. Alkoholcirrhose verursache. St.

Verschiedenes.

Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher. Der heutigen Nummer liegt das 77. Blatt der Galerie bei: August Zinn. Nekrolog siehe S. 1391.

Therapeutische Notizen.

Pruritus vulvae. Herman-London unterscheidet in der Behandlung des Pruritus vulvae, je nach dessen Entstehungsursache, fünf Formen: 1. Pruritus in Folge von Unreinlichkeit. Sind Pediculi oder Helminthen die Ursache: weisse Praecipitalsalbe, grösste Reinlichkeit; bei dem nicht seltenen Pruritis in Folge von Pessarien ausserdem ein Wechsel in dem Material der Pessarien. 2. In Folge von Hautkrankheiten, Ekzem, Herpes, Urticaria, Furunculosis, folliculärer oder diabetischer Dermatitis. Die ekzematöse Form findet sich besonders bei fetten, ältlichen Personen und Schwangeren. Die Behandlung besteht in warmen Sitzbädern mit Zusatz von Wright's Liquor carbonis detergens (eine Composition von Pix liquida mit Tinct. Quillayae) und Pudern mit Borsäurepulver. Bei Diabetes Einleitung der Allgemeinbehandlung, bei der furunculösen Form Entleerung der Eiterpusteln und Application einer antibacteriell wirkenden Flüssigkeit, z. B. 0,5 prom. Sublimatlösung. Herpes und Urticaria sind selten und trotzen jeder Localbehandlung. 3. In Folge Reizwirkung von Scheiden- oder Uterussecret bei Gonorrhoe, Carcinom, seniler Endometritis. Hier ist die Anwendung sedativ und antiseptisch wirkender Ausspülungen mit gesättigter Boraxlösung und nachfolgender Einstreuung von Dermatol oder Borsäure angezeigt; in hartnäckigen Fällen wirkt oft eine starke Carbollösung (1 : 7) als Radicalmittel. 4. In Folge venöser Stauungen bei Herz-, Lungen- oder Leberkrankheiten und bei der Gravidität. Die Behandlung ist dieselbe wie bei No. 3. Endlich 5. Pruritus auf rein nervöser Basis, besonders bei älteren Frauen, ist meist ein Symptom degenerativer Processe im Nervensystem und einer localen Behandlung schwer zugänglich. (Brit. med. Journ., 20. Nov. 1897.) F. L.

Zur Diagnose des Typhus abdominalis erinnert A. Robin neuerdings an ein Verfahren, welches er schon vor 20 Jahren empfohlen und seitdem fortwährend zu erproben Gelegenheit gehabt hat. Während die Serumreaction oft erst nach 5 Tagen und später auftritt, gibt die Harnuntersuchung schon gleich vom Augenblicke an, wo die Temperatur zu steigen beginnt, also in den ersten Tagen der Erkrankung, in den meisten Fällen den sicheren Beweis für dieselbe und zwar hat diese Probe den Vortheil, von jedem Arzte ohne umständliches Instrumentarium, Reinculturen u. s. w. ausgeführt werden zu können. Die Merkmale des Typhusharns sollen in Folgendem bestehen: 1) Eigenthümlicher Farbe (rindsbouillonartig mit grünlichem Reflex) mit Trübung ohne Urobilinfärbung; 2) constanter Albuminurie in mässiger Quantität; 3) Abwesenheit von Urohaematin; 4) regelmässigem Vorkommen von Indican; 5) vermehrtem Gehalt an Harnsäure; 6) beträchtlicher Verminderung der Erdphosphate. All' diese Merkmale zusammen, von welchen nur die Untersuchung auf Phosphate besondere Hilfsmittel erheischt, bilden den charakteristischen Typhusharn, welcher besonders zur Differentialdiagnose mit acuter Lungentuberculose, Influenza, acutem gastrischem Fieber und infectiöser Endocarditis von Bedeutung ist. Auf die genauere Beschreibung, inwiefern sich diese Harne verschieden vom Typhusharn verhalten, muss hier verzichtet werden; immerhin, hebt R. hervor, kann auch zuweilen der Typhusharn nicht das typische Bild zeigen, was aber ebensowenig, wie mangelnde Serumreaction, durchaus einen Typhus ausschliessen muss. (Bullet. medic. No. 82, 1897.) St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 7. December. An anderer Stelle dieser Nummer veröffentlichen wir den Entwurf eines Vertrages, die freie Arztwahl betreffend, wie er zwischen der Ortskrankencasse III der Stadt München für das kaufmännische Personal und einer zu bildenden «Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins München» abgeschlossen werden soll. Der Vertrag ist, vom ärztlichen Standpunkte betrachtet, keine ideale Leistung; nur der lebhafte Wunsch, diesmal zu einer Einigung mit der Casse zu gelangen, konnte den Verzicht auf so manche grundsätzliche Forderung der Aerzte rechtfertigen. Immerhin dürfte der Vertrag, — wenn anders er die Genehmigung der Generalversammlung der Casse und des Plenums des ärztlichen Bezirksvereins erhält, — eine gedeihliche Durchführung der freien Arztwahl bei der genannten Casse ermöglichen. — Die durch unsere Notiz zur freien Arztwahl in München in der vorigen Nummer hervorgerufenen Auseinandersetzungen mit Herrn Dr. Dresdner folgen am Schlusse dieser Nummer. Einer weiteren Polemik mit der Medicinischen Reform sind wir glücklicherweise enthoben, nachdem dieses Blatt in seiner No. 49 einen Ton gegen uns anschlägt, der jede weitere Discussion unsererseits ausschliesst; nur die völlig irrige Auffassung, als sei Herr Medicinalrath Aub der Urheber unserer Bemerkungen gewesen, sei hier ausdrücklich zurückgewiesen.

— Am 5. ds. fand in Berlin unter dem Vorsitze von Aub-München eine Sitzung des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes statt, in welcher beschlossen wurde, den nächsten Aerztetag am 28. und 29. Juni 1898 in Wiesbaden abzuhalten. An diese Sitzung reihte sich eine Sitzung der Commission zur Vorberathung der Anträge auf Revision der Statuten an.

— Dem Reichstag ist mit dem Militäretat eine Denkschrift, betreffend Organisationsänderungen im Sanitätsofficiercorps zugegangen, welche besagt: Seit den 70er Jahren macht sich ein im Fehlbetrag der Assistenzärzte Ausdruck findender, bis vor Kurzem stetig zunehmender Mangel an Sanitätsoffizieren geltend. Es fehlten im Jahre 1875: 330, d. i. 47 Proc. des Etatssolls an Assistenzärzten, am 31. März 1897: 561, d. i. 63 Proc., im October 1897: 550, d. i. 67 Proc des Etatssolls. Diese Lücken im Personal des Sanitätsofficiercorps haben zur Folge, dass der Friedens-Sanitätsdienst oft nicht mehr ordnungsmässig geleistet und den Truppen auf Märschen und Uebungen das erforderliche Begleitpersonal an Sanitätsoffizieren ohne Beeinträchtigung des Sanitätsdienstes in den Garnisonen nicht immer gestellt werden kann. Der Mangel an Aerzten wird desshalb von den Commandobehörden als Gefährdung des Dienstes schwer empfunden. Für den Krieg bedeutet das Fehlen von 550 activen Sanitätsoffizieren einen Ausfall an geschultem, im Frieden auf die Kriegsaufgaben vorgebildeten Personal, der durch die Einberufung von Aerzten des Beurlaubtenstandes niemals ausgeglichen werden kann und desshalb einen bleibenden Verlust an Leistungsfähigkeit für den Kriegssanitätsdienst darstellt. Dieser hohe empfindliche Fehlbetrag an activen Sanitätsoffizieren wird bedingt durch den verhältnissmässig zahlreichen Abgang jüngerer tüchtiger Militärärzte aus dem activen Dienst und durch den ungenügenden Uebertritt geeigneter Civilärzte in denselben. Beides hat seine Ursache in den nicht voll befriedigenden, den nothwendigen hohen Anforderungen an Leistungsfähigkeit nicht entsprechenden Aussichten, welche die militärärztliche Laufbahn hinsichtlich der äusseren Lebensstellung, sowie der materiellen Auskömmlichkeit bietet. Die Unzulänglichkeit der letzteren ergibt sich daraus, dass der nach einem schwierigen und kostspieligen Studium von $4\frac{1}{2}$, mit Einschluss des Examens 5 Jahren, approbirte junge Arzt, nachdem er im Durchschnittsalter von 26 Jahren zum Assistenzarzt befördert ist, zwar gegenwärtig in Folge des hohen Manquements an Assistenzärzten verhältnissmässig früh — im Alter von rund 31 Jahren — zum Stabsarzt und in das Gehalt des Hauptmanns II. Classe aufrückt, in diesem aber zehn bis zwölf Jahre verbleibt und desshalb erst mit etwa 43 Jahren die Charge des Oberstabsarztes II. Classe und somit das Gehalt des Hauptmanns I. Classe erreicht. Die Beförderung zum Oberstabsarzt I. Classe mit nicht vollem Stabsofficiergehalt (5 400 M.) erfolgt im 51., die Erlangung des vollen Stabsofficiergehalts von 5 850 M. erst im 57. Lebensjahre. Abhilfe kann nur geschaffen werden durch eine Besserstellung der älteren Sanitätsofficiere. Diese ist in der Weise beabsichtigt, dass die Oberstabsärzte künftig je zur Hälfte 5 850 und 5 400 M. erhalten, während die Stabsärzte, entsprechend den ihnen im Range gleichstehenden Hauptleuten, in 2 Classen (je 50 Proc. mit 3 900 und 2 700 M.) getheilt werden sollen. Die Durchführung dieser Maassnahme vertheilt sich gleichmässig auf 4 Jahre; für das Rechnungsjahr 1898 ist das erste Viertel der entstehenden Kosten angefordert worden.

— Ueber das Sanitätswesen der Marine enthält der Reichshaushaltsetat folgende Angaben: Aus dienstlichen Rücksichten ist es nothwendig geworden, das Sanitätswesen der Marine auch in dem marineärztlichen Personale hinsichtlich der Ergänzung, sowie der Aus- und Fortbildung selbständig zu gestalten. Zu diesem Zweck ist das Sanitätscorps der Marine von dem der Armee getrennt und die Wahrnehmung der bisher von dem Generalstabsarzt der Armee in der Marine ausgeübten Befugnisse dem Generalarzt der Marine übertragen worden. Ferner ist in Uebereinstimmung mit der Heeresverwaltung eine Aenderung in den Rangverhältnissen und Gebührnissen der Sanitätsoffiziere der Marine derart in Aussicht genommen, dass die Oberstabsärzte sämmtlich den Rang der Corvettenkapitäne, sowie je zur Hälfte 5850 Mk. und 5400 Mk. Gehalt erhalten, während die Stabsärzte, entsprechend den ihnen im Range gleichstehenden Kapitänlieutenants, in 2 Classen (je 50 Proc. mit 3900 Mk. und 2700 Mk. Gehalt) getheilt werden. Die Durchführung dieser Maassregel soll in einem Zeitraume von 4 Jahren erfolgen.

— Ueber die bevorstehenden Krankenhausbauten in Berlin schreibt die Allg. Wien. med. Ztg.: «Der Neubau der Charité mit ihrem Dutzend Universitätskliniken ist vom Staate in diesem Herbst bereits in Angriff genommen. Er wird 4 bis 5 Jahre dauern und über 10 Millionen kosten. Da hier mit einem gegebenen Terrain zu rechnen ist, so wird die Belegzahl der Betten gemäss den gesteigerten Anforderungen der Krankenhaus-Hygiene reducirt werden müssen. Während die Charité bisher bis zu 1800 Kranke aufnehmen konnte, wird sie in dem Neubau kaum mehr als 1250 unterbringen können. Weit vollkommener wird das neue Krankenhaus, welches die Stadt Berlin an der nördlichen Peripherie, an der Seestrasse, auf einem bisher unbebauten Terrain zu errichten sich anschickt. Dasselbe wird 1000 Betten für innere und äussere Kranke und 400 Betten für Geschlechtskranke enthalten. Was bisher bei den älteren drei Stadthospitälern verabsäumt wurde, die Fürsorge für Gebärende, soll hier nachgeholt werden durch Errichtung einer Entbindungs-Anstalt für mindestens 1000 Entbindungen im Jahre nebst einer gynäkologischen Abtheilung für 50—60 Betten. Der Kostenanschlag schliesst mit 13 100 000 M. ab, jedes Krankenbett kommt demnach der Stadt über 11 700 M. zu stehen. Die ganze Anlage wird 62 Einzelbauten umfassen und einschliesslich des Personals und mit Berücksichtigung der Pflegerinnenschule 2200 Menschen beherbergen. Wie opulent in Bezug auf Raumvertheilung disponirt ist, geht daraus hervor, dass die Länge des Krankenhausgrundstücks etwa der der Strasse Unter den Linden entspricht. Das Leichenhaus hat 19 Fenster Front und erhält anatomische Einrichtungen, auf die jede Universität stolz sein könnte. Auch ein Salzgradirwerk ist vorgesehen, welches 455 000 M. kosten wird, damit Hals- und Lungenkranke wie in Reichenhall und Kösen salzhaltige Luft einathmen können. Wir stehen im Zenith der Hygiene und das neue Stadtkrankenhaus soll das vollkommenste Hospital der Gegenwart werden.»

— Das preussische Kriegsministerium hat, Tageszeitungen zufolge, einem Stabsarzt eine Arbeit über den Nutzen der Feuerbestattung im Kriege aufgetragen. Das preussische Cultusministerium hat sich bekanntlich der Feuerbestattung gegenüber bisher ablehnend verhalten. Vielleicht wird man dem «Militarismus», der in der Gesundheitspflege schon so oft bahnbrechend vorangegangen ist, auch auf diesem Gebiete einen Fortschritt zu verdanken haben.

— Der Vorstand der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer theilt mit, dass er den praktischen Aerzten Stabsarzt a. D. Dr. Paul Kahnt in Berlin und Dr. Joseph Hanel in Berlin das Wahlrecht und die Wählbarkeit zur Aerztekammer auf die Dauer von fünf Jahren entzogen hat, weil sich dieselben dazu hergegeben hatten, mit dem Naturheilkünstler, Rechtsanwalt a. D. Glünicke in Berlin, in geschäftliche Verbindung zu treten und ihm in seiner Curpfuscherei und der Propaganda für sein Heilsystem behilflich zu sein. Die von den genannten Aerzten beim Minister der Medicinalangelegenheiten erhobene Beschwerde ist am 9. October als unbegründet zurückgewiesen worden.

— In der 46. Jahreswoche, vom 14. bis 20. Nov. 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Augsburg mit 30,2, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 5,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Bielefeld, Frankfurt a. O. und Königshütte; an Diphtherie und Croup in Danzig, Plauen und Rostock.

— Für die Abhaltung des IX. internationalen Congresses für Hygiene und Demographie in Madrid ist nunmehr endgiltig die Osterwoche, 10.—17. April 1898, festgesetzt worden.

— Das kaiserliche Gesundheitsamt bereitet die Herausgabe einer gemeinverständlichen belehrenden Schrift über die Schwindsuchtsverhütung, namentlich bei Arbeitern, vor. Der Schrift wird auch ein kurzer Anhang über die von Kranken, Aerzten und Verwaltungen zu treffenden Maassnahmen bei der Einleitung des Heilverfahrens beigegeben werden.

(Universitätsnachrichten.) **Göttingen.** Universitätsfrequenz. Immatriculirte Studirende 1151, darunter Mediciner 236. Ausserdem sind zum Hören berechtigt 113, darunter 42 Damen. Mithin Gesammtfrequenz 1267. — **Heidelberg.** Der a. o. Professor der Zoologie, Freiherr v. Erlanger, ist gestorben. Privatdocent Dr. v. Hippel hat nicht den Charakter eines a. o. Professors erhalten, wie irrtümlich gemeldet wurde. Es war dies eine Verwechslung mit dem Gräfe-Preis, der ihm für die beste Arbeit in den 3 letzten Jahrgängen des Gräfe'schen Archivs zuerkannt wurde. — **Leipzig.** Prof. Dr. Heffter, Assistent am pharmakologischen Institut, erhielt einen Ruf als Nachfolger Jacobi's als Director der pharmakologischen Abtheilung des Reichsgesundheitsamtes in Berlin.

Berichtigung. In No. 47 ist auf Seite 1319, Spalte 2, Zeile 15 u. 31 von oben zu lesen: Zehrkrankheiten statt Zahnkrankheiten.

Personalnachrichten und Statistik siehe Seite 1430.

Entwurf eines Vertrages zwischen der Ortskrankencassa III für das kaufmännische Personal in München und der Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins München.

§ 1. Die Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins München verpflichtet sich, jeden im Cassenbezirk wohnenden, approbirten Arzt aufzunehmen.

Die Aufnahme kann nur Aerzten verweigert werden:

1. welchen die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind,
2. welchen die Verfügungsfähigkeit nach bürgerlichem Rechte mangelt,
3. die sich im Concurs befinden und
4. welche des ärztlichen Standes sich unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken in der Abtheilung für freie Arztwahl nicht erwarten lassen.

Unerlässliche Voraussetzung der Aufnahme ist die Verpflichtungserklärung gemäss § 3 des Vertrags.

Die Aufnahme kann auf Grund der Ziffer 4 dieses Paragraphen nur verweigert werden, wenn die Voraussetzungen dieser Bestimmung durch ²/₃ Mehrheit der Abtheilungsversammlung beschlussmässig festgestellt sind.

Die Aufnahme kann nur mit dem ersten Tage jeden Kalendervierteljahres erfolgen.

§ 2. Die Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins besitzt eine eigene Organisation; mit der Mitgliedschaft dieser Abtheilung ist die des ärztlichen Bezirksvereins nicht nothwendig verbunden.

§ 3. Jeder Arzt, der um Aufnahme in die Abtheilung für freie Arztwahl nachsucht, hat folgende schriftliche Erklärung gesondert auszustellen:

«Nach Kenntnissnahme der Satzungen und der Instruction der «Abtheilung für freie Arztwahl, sowie des Inhalts der zur Zeit «zwischen dieser und der Ortskrankencasse III bestehenden Verträge, «wünsche ich vom . . . . ab als Mitglied in die Ab«theilung für freie Arztwahl aufgenommen zu werden.

«Ich verpflichte mich hiemit gegenüber der Ortskrankencasse III «während meiner Mitgliedschaft jeden zwischen der Abtheilung für «freie Arztwahl und der Ortskrankencassa III bestehenden Vertrag «gleich als von mir in eigener Person geschlossen anzusehen und «genau zu beobachten.»

Diese schriftliche Erklärung ist nach erfolgter Aufnahme der Ortskrankencassa III zu übergeben; mit der Uebergabe dieser Urkunde ist das aufgenommene Mitglied Cassenarzt im Sinne des Statuts der Ortskrankencasse III.

§ 4. Die Abtheilung für freie Arztwahl verpflichtet durch diesen Vertrag ihre Mitglieder vom . . . . ab, bei den Mitgliedern der Ortskrankencasse III die gesetzlich vorgeschriebene freie ärztliche Behandlung auf die Dauer der statutarischen Unterstützungsfrist in der Weise zu übernehmen, dass jedem Mitgliede im Erkrankungsfalle die Wahl unter den Mitgliedern der Abtheilung für freie Arztwahl freisteht.

Eine gleiche Verpflichtung übernimmt die Abtheilung für freie Arztwahl gegen die auf Grund des § 57a des Krankenversicherungsgesetzes übernommenen Mitglieder anderer Cassen.

§ 5. Diese allgemeine Verpflichtung erleidet folgende Einschränkungen:

1. Specialärzte sind zu Leistungen, welche ausserhalb der von ihnen auf der Aerzteliste angegebenen Specialität liegen, nicht verpflichtet.
2. Universitätslehrer sind nur zur Sprechstundeberathung verpflichtet, dürfen sich aber in Ausübung dieser Thätigkeit nicht durch Assistenten vertreten lassen.
3. Besuche, die bis 12 Uhr Mittags verlangt werden, sind noch am gleichen Tage zu erledigen. Bei dringenden Fällen und plötzlicher Erkrankung dagegen jeder Zeit.
4. Die Consultationen im Hause des Arztes haben während der auf der Aerzteliste angegebenen Sprechstunde stattzufinden.

§ 6. Die Mitglieder der Casse erhalten bei ihrem Eintritt in die Casse und vierteljährlich eine Liste der Aerzte der Abtheilung für freie Arztwahl. Die letztere ist verpflichtet, den Vorstand der Casse sofort von jeder Aenderung der Mitgliederliste in Kenntniss zu setzen und bei dem vierteljährlichen Neudruck eine sorgfältige Durchsicht vorzunehmen. Auf der Liste muss eine Belehrung der Cassenmitglieder über die allgemeine Verpflichtung der Aerzte und die in § 5 vorerwähnten Ausnahmen derselben enthalten sein.

Die Kosten von jedem Neudruck werden von den Vertragscontrahenten zu gleichen Theilen getragen.

§ 7. Für die Thätigkeit der Aerzte der Abtheilung für freie Arztwahl ist im Uebrigen die zwischen den Vertragstheilen vereinbarte, einen integrirenden Bestandtheil dieses Vertrages bildende Instruction maassgebend.

§ 8. Die Ortskrankencasse III zahlt als Honorar für ärztliche Behandlung vierteljährlich postnumerando M. 0.75 pro Kopf der vierteljährlich festzustellenden durchschnittlichen Mitgliederzahl an die Abtheilung für freie Arztwahl.

Die Durchschnittzahl wird aus der Zahl der am Tage des Beginnes und Ende des Vierteljahres der Casse angehörenden Mitglieder gewonnen.

Ausserdem bezahlt die Ortskrankencasse III an die Abtheilung für freie Arztwahl für jede geburtshilfliche Leistung, soferne diese anlässlich einer anormalen Geburt erfolgte, den Minimalsatz der ärztlichen Gebührenordnung.

Alle für ihre Verwaltung und auf den Geschäftsverkehr mit der Casse, wie er durch diesen Vertrag und Instruction geregelt ist, erwachsenden Kosten trägt die Abtheilung für freie Arztwahl.

§ 9. Die Vertheilung des Honorars erfolgt durch die Abtheilung für freie Arztwahl an ihre Mitglieder nach der Anzahl der von diesen zur Verrechnung angemeldeten Krankheitsfälle.

§ 10. Der geschäftliche Verkehr zwischen den vertragschliessenden Theilen erfolgt, soweit nicht etwas Anderes vorgesehen ist, durch die beiderseitigen Vorsitzenden.

§ 11. Als Controlorgan des gesammten ärztlichen Betriebes wird eine aus Mitgliedern beider Vertragsparteien und zwar 6 Angehörigen der Cassa und 6 Aerzten bestehende «Generalcommission» eingesetzt.

I. Vorsitzender dieser Commission ist der jeweilige Vorsitzende der Ortskrankencassa III beziehungsweise dessen Stellvertreter, II. Vorsitzender der Vorsitzende der Abtheilung für freie Arztwahl beziehungsweise dessen Stellvertreter.

Die Beschlüsse der Generalcommission werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst; bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des I. Cassa-Vorsitzenden oder dessen Stellvertreters.

Die Generalcommission bestellt nach Maassgabe der in Betracht kommenden Arbeitsgebiete aus der Mitgliedschaft der Vertragstheile Einzelncommissionen, von denen jede die in ihren Bereich fallenden Fragen nach Maassgabe der in den folgenden §§ getroffenen Bestimmungen entscheidet.

Gegen diese Entscheidungen steht Berufung an die Generalcommission zu.

Es werden, vorbehaltlich weiterer Vereinbarungen, zunächst folgende Subcommissionen gebildet:

1. Commission, bestehend aus 3 Cassenangehörigen und 7 Aerzten zur Regelung des Arzneiverordnungswesens.
2. Commission, bestehend aus 3 Cassenangehörigen und 3 Aerzten zur Prüfung der ärztlichen Krankenverzeichnisse.

§ 12. Die Subcommissionen geben sich selbst eine Geschäftsordnung.

Dieselbe unterliegt der Genehmigung der Generalcommission.

Die Generalcommission ist befugt, jederzeit von den Arbeiten und Acten der Subcommissionen Kenntniss zu nehmen und den Sitzungen derselben beizuwohnen.

Die gleiche Befugniss haben bezüglich aller Commissionen die Vorstände der Vertragstheile.

§ 13. Auf Verlangen der Ortskrankencassa III hat die Generalcommission Vertrauensärzte zu bestellen. Dieselben müssen Mitglieder der Abtheilung für freie Arztwahl sein.

Sie haben auf Ersuchen der Cassa in Behandlung anderer Aerzte befindliche Cassenmitglieder entweder in der Wohnung der Mitglieder oder in der Sprechstunde zu untersuchen und das Resultat ihrer Untersuchung sowie ihr Gutachten sowohl der Cassa als dem behandelnden Arzte mitzutheilen.

Im Uebrigen ist die Thätigkeit der Vertrauensärzte in der Instruction geregelt.

§ 14. Das gesetzliche Beschwerderecht der Cassenmitglieder und die gesetzlichen Competenzen der Organe der Ortskrankencassa werden durch die Thätigkeit der Commissionen nicht berührt.

Jedoch werden Beschwerden, welche die ärztliche Behandlung und das Arznei- und Heilmittelwesen berühren, in jedem Falle der Generalcommission zur Begutachtung überwiesen.

§ 15. Die Abtheilung für freie Arztwahl haftet für jeden Schaden, welcher der Ortskrankencassa III dadurch erwächst, dass von Seite der Aerzte die Bestimmungen dieses Vertrages, die Satzungen, die Instruction, die Arzneiverschreibungsvorschriften oder sonstige Verfügungen der Abtheilung für freie Arztwahl nicht beachtet werden.

Die Ortskrankencassa III ist berechtigt, bei Zahlung des fälligen Honorars Abzüge in der Höhe des durch die Generalcommission festzusetzenden Schadensbetrages zu machen.

Das Recht des Schadenersatzanspruches der Ortskrankencassa III gegen den einzelnen Arzt geht mit der Schadloshaltung an die Abtheilung für freie Arztwahl über.

§ 16. Mitglieder der Abtheilung für freie Arztwahl, welche wiederholt gegen den Vertrag und die Instruction gehandelt haben, können nach 3 mal innerhalb zweier Jahre ergangener Verwarnungen durch die Generalcommission, im Wiederholungsfalle auf Antrag der Ortskrankencassa III aus der Abtheilung für freie Arztwahl ausgeschlossen werden.

Jede erlassene Verwarnung ist der Ortskrankencassa III mitzutheilen.

Die Wiederaufnahme eines ausgeschlossenen Arztes kann nach Ablauf eines Jahres — vom Tage des Ausschlusses an gerechnet — erfolgen.

§ 17. Die Ausschliessung eines Mitgliedes aus der Abtheilung für freie Arztwahl kann ausserdem nur erfolgen, sobald die Voraussetzungen der Aufnahme wegfallen.

§ 18. Der freiwillige Austritt aus der Abtheilung für freie Arztwahl ist nur mit Ende jeden Kalenderjahres nach vorausgegangener einvierteljähriger Kündigung zulässig.

Diese Bestimmung ist nur für das Vertragsjahr 1898 giltig.

Mit dem Wegzug des Arztes erlischt sein Vertragsverhältniss zur Cassa.

§ 19. Sollten während der Dauer dieses Vertrages von der Abtheilung für freie Arztwahl anderen Ortskrankencassen günstigere Bedingungen eingeräumt werden, so tritt die Ortskrankencassa III unmittelbar auch in den Genuss derselben.

§ 20. Dieser Vertrag tritt mit 1. Januar 1898 in Kraft und endet am 31. Dezember 1898.

Er gilt, falls eine Kündigung nicht bis 3 Monate vor Ablauf erfolgt ist, immer auf ein Jahr verlängert.

§ 21. Wenn die Mitgliederzahl des Aerztevereins unter 150 gesunken ist, hat nach Ablauf von 4 Wochen die Ortskrankencassa III das Recht, sofort von dem Vertrage zurückzutreten.

Correspondenz.

Herr Dr. Dresdner ersucht uns um Aufnahme der nachstehenden Bemerkungen: «Die Ausführungen in Nr. 48 der Münch. med. Wochenschr., betr. die freie Arztwahl in München, sind, soweit sie meine Person betreffen, durchaus unzutreffend. Es ist 1. unrichtig, dass ich der Commission der Ortskrankencasse III als Vertreter der Casse angehöre. In meiner Eigenschaft als Arzt zur Vertretung ärztlicher Anschauungen und weil ich als der einzige entschiedene Verfechter der freien Arztwahl in München der Cassenvorstandschaft bekannt gewesen bin, hat mich letztere in die Commission der Casse zur Einführung der freien Arztwahl gewählt. Längst vor dem Stattfinden gemeinsamer Verhandlungen habe ich in dieser Commission Gelegenheit gehabt, für die Interessen der Aerzte zu wirken, welcher Thätigkeit es in erster Linie zu danken ist, dass diesmal von Seiten der Casse auch nicht einmal der Versuch gemacht worden ist, durch Anerbieten von Einzelverträgen den Zusammenschluss der Aerzte zu verhindern. Hieraus ergibt sich auch, wie unbegründet der gegen mich erhobene Vorwurf ist, ich hätte jeden ärztlichen Vorschlag, der auf eine Stärkung des ärztlichen Zusammenhaltens hinauslief, bekämpft. Die Protokolle, aus denen ich in der nächsten gemeinsamen Sitzung die betreffenden Feststellungen machen lassen werde, beweisen das Gegentheil. Zudem dürfte den Collegen aus meinen früheren, im ärztlichen Bezirksvereine gehaltenen Reden bekannt sein, welches ausserordentliche Gewicht ich selbst auf das Zusammenhalten der Aerzte lege, zumal ich es gewesen bin, der 1894 das Bestreben der Ortskrankencasse III, durch Abschluss von Einzelverträgen den Zusammenschluss der Aerzte zu stören, durch meine Anträge durchkreuzt habe. Es ist ferner unrichtig, dass ich der Casse ein Misstrauen gegen den ärztlichen Bezirksverein suggerirt habe. Ein solches Misstrauen besteht bei zahlreichen Versicherten und Delegirten thatsächlich und seit geraumer Zeit, von Seiten der Commission der Ortskrankencasse III ist es indessen nicht zum Ausdrucke gekommen, was ich gerade als mein Verdienst in Anspruch nehmen darf. Gegen den Abschluss eines Vertrages mit dem ärztlichen Bezirksverein sprechen lediglich praktische Erwägungen, spricht die Ueberzeugung, dass ein derartiger Vertrag keinesfalls auf die Genehmigung der Generalversammlung der Casse oder der Aufsichtsbehörde zu rechnen gehabt hätte, welcher Ueberzeugung sich auch die Commission des ärztlichen Bezirksvereines nicht hat verschliessen können, sodass es um so weniger angeht, aus der erwähnten Anschauung eine Feindseligkeit gegen den ärztlichen Bezirksverein herzuleiten. Wenn mir in der Bemerkung «Genützt wird der freien Arztwahl durch die Artikel in der Med. Reform nicht, aber das ist auch vielleicht nicht ihre Absicht» das Bestreben, die freie Arztwahl zu schädigen, insinuirt werden soll, so sage ich, es heisst doch das geistige Niveau der Münchener Aerzte unterschätzen, wenn man ihnen zumuthet, von mir, dem langjährigen Vorkämpfer der freien Arztwahl in München, ein solches Märchen zu glauben. So wenig ich übrigens eine Verantwortung für die Artikel der Med. Reform übernehme, erkläre ich doch ganz offen, dass sie meinen Anschauungen von der Sachlage durchaus entsprechen. Aufmerksame Leser dieser Artkel werden allerdings finden, dass letztere weder einen Angriff auf den ärztlichen Bezirksverein, noch für die Arztwahlcommission desselben den Vorwurf der Verschleppung enthalten. Behauptet wird lediglich, dass man den Verdacht auf Absicht zur Verschleppung gewinnen konnte, andrerseits wird ausdrücklich in loyaler Weise constatirt, dass ein solcher Verdacht auf Grund plausibler Erklärungen hinfällig sei. Es fällt mir nicht ein, irgend einem Arzte die Absicht einer Verschleppung zu unterschieben, doch ist es eine andere Frage, ob es gegenüber unseren dringenden Bitten um Beschleunigung der Verhandlungen nothwendig gewesen wäre, zwischen den einzelnen Sitzungen der vereinigten Commissionen jedesmal fast 14 Tage verstreichen zu lassen, so dass schliesslich in Folge Zeitmangels die Einführung der freien Arztwahl zum 1. Januar hat definitiv aufgegeben werden müssen. Es ist ferner absolut unrichtig, dass sich die Einigung beider Commissionen über die Vertragsbestimmungen unter meinem Widerspruche vollzogen habe. Das Gegentheil ist der Fall. Die Annahme der Vorschläge der Commission des ärztlichen Bezirksvereines hatte zudem bereits in einer Separatsitzung der Cassencommission stattgefunden, in der letzten gemeinsamen Sitzung wurde diese Annahme lediglich verkündet. Erst im Laufe der Debatte über die näheren Verhältnisse der neu zu gründenden Abtheilung für freie Arztwahl habe ich das Wort ergriffen, um zu erklären, dass letztere auch die Propaganda für die freie Arztwahl übernehmen, dass sie im Gegensatz zu dem passiven Verhalten des ärztlichen Bezirksvereines während der letzten Jahre auch eine anständige Agitation zur Verbreitung der freien Arztwahl, etwa in Form belehrender Vorträge, treiben müsse. Diese in ruhigster Weise gemachten Ausführungen haben bei den anwesenden Cassenärzten aus sehr durchsichtigen Gründen lärmenden Widerspruch erregt. Agitationsvereine für freie Arztwahl bestehen aber in zahlreichen Städten, und ihre Mitglieder stehen, was ärztlichen Anstand betrifft, hinter den betreffenden Cassenärzten sicherlich nicht zurück. Da ich Ursache zu der Annahme habe, dass gerade diese Cassenärzte, welche die Ausbreitung der freien Arztwahl so entschieden perhorresciren, von maassgebender Stelle, angeblich, weil sie von den Cassenangelegenheiten am meisten verstünden, für die Leitung der neuen Abtheilung in Aussicht genommen sind, habe ich, übrigens durch eine mich verletzende Zwischenbemerkung jener maassgebenden Stelle provocirt, hinzugefügt, ich erachtete es für selbstverständlich, dass an die Spitze der neuen Abtheilung nur solche Aerzte treten, welche ein intensives Interesse an dem Gelingen und der Ausbreitung der freien Arztwahl besitzen, da hiervon das Schicksal der freien Arztwahl überhaupt abhänge. Ich meine, nur unbillig denkende Leute werden mir, der ich nach jahrelangem, erbitterten, ohne jegliche Unterstützung von meinen Collegen geführten Kampfe die freie Arztwahl so weit gefördert habe, dass ihre Einführung endlich erfolgen kann, das Recht zu jenen Aeusserungen bestreiten, welche nichts Anderes bezweckt haben, als zu verhindern, dass die freie Arztwahl neuerdings in falsche Bahnen gerathe. Die Zukunft wird die Berechtigung meiner Aeusserungen beweisen. Sache der überzeugten Anhänger der freien Arztwahl ist es nunmehr, dafür zu sorgen, dass in die neue Abtheilung ein frischer, auf die entschiedene Verbreitung der Idee der freien Arztwahl gerichteter Geist einziehe.» Dr. Dresdner.

Wir müssen den obigen Ausführungen des Herrn Dr. Dresdner gegenüber unsere Bemerkungen in No. 48 vollinhaltlich aufrecht erhalten. Es ist ein Streit um Worte, den Dr. Dresdner führt. Wir müssen im Interesse unseres durch die langen Auseinandersetzungen des Herrn Dr. Dresdner schon allzusehr in Anspruch genommenen Raumes darauf verzichten, dies im Einzelnen zu beweisen und begnügen uns mit einigen Beispielen. Herr Dr. Dresdner bestreitet, dass er «als Vertreter der Casse» den Verhandlungen beigewohnt habe. Nun, er ist Mitglied der Commission der Casse, hat als solches seinen Platz an der Seite des Vorsitzenden der Casse, und stand in fast allen principiellen Fragen, wo es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Casse und ärztlichem Bezirksverein (respective den beiderseitigen Commissionen) kam, auf Seite der Casse. Hiernach trifft unsere Bezeichnung zu. Oder: Herr Dr. Dresdner bestreitet, dass er die auf Stärkung des ärztlichen Zusammenhaltens hinauslaufenden ärztlichen Anträge bekämpft habe. Der Boden für das erfolgreiche Zusammenhalten der Aerzte ist in Bayern die gesetzliche Standesorganisation, der Bezirksverein. Die Gründung eines, Standesinteressen dienenden, ausserhalb, ja vielleicht im Gegensatz zum Bezirksverein stehenden Vereins, wie es ein Verein für freie Arztwahl nach dem Recepte Dr. Dresdner's wäre, würde eine Schwächung des Bezirksvereins und eine Störung des bisherigen Zusammenhaltens der Aerzte bedeuten. In diesem Sinne war unsere Bemerkung zu verstehen und in diesem Sinne trifft sie zu. Ferner: Dr. Dresdner bestreitet, dass die schliessliche Einigung der beiden Commissionen unter seinem Widerspruche sich vollzogen habe. Die grundsätzliche Forderung der ärztlichen Commission, an der noch in letzter Stunde die Verhandlungen zu scheitern drohten, war die, dass die zu begründende «Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins München» vom Bezirksverein die Statuten bekommt. Gegen diese Forderung wehrte sich Herr Dr. Dresdner, der eben einen vom Bezirksverein thatsächlich unabhängigen Verein für freie Arztwahl gegründet wissen will, auf's Aeusserste; die Forderung, in welcher der letzte principielle Differenzpunkt zwischen den beiden Parteien gelegen war, wurde von der Casse trotz des Widerspruchs des Herrn Dr. Dresdner angenommen. Wir müssen also auch in diesem Punkte unsere Behauptung aufrecht erhalten.

Herr Dr. Dresdner hat die Gelegenheit benützt, mit seinen obigen Bemerkungen seine Verdienste um die freie Arztwahl in's rechte Licht zu setzen. Wir wollen «dem langjährigen Vorkämpfer der freien Arztwahl in München», wie er sich selbst nennt, das Verdienst nicht absprechen, mit vielem Eifer bei Aerzten und Cassenmitgliedern für die freie Arztwahl agitirt zu haben. Allein sein Auftreten während der Verhandlungen der Ortskrankencasse III mit dem ärztlichen Bezirksverein legt die Annahme nahe, dass für ihn die freie Arztwahl wenig Werth besitzt, soferne sie nicht so durchgeführt wird, wie sie in seinem Kopf sich malt. Letzteres wurde von ihm nicht erreicht, vielmehr ist der feste organische Zusammenhang mit dem Bezirksverein gewahrt geblieben. Die hämischen Bemerkungen der Med. Reform über diesen Verlauf der Dinge und die schlechte Prognose, die sie der auf solcher Grundlage zu Stande gekommenen freien Arztwahl in München stellt, liessen annehmen, dass der Wunsch der Vater des Gedankens sei. Unsere Bemerkung, durch die Artikel der Med. Reform werde der freien Arztwahl nicht genützt, das sei aber vielleicht auch nicht ihre Absicht, hatte somit genügend innere Wahrscheinlichkeit. Wir wollen jedoch Herrn Dr. Dresdner gerne das Gegentheil glauben, erwarten aber, dass er dies auch durch die That, d. h. indem er sich weiterer Erschwerungen der Verhandlungen enthält, beweisen wird.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.

Die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern

vom Jahre 1897.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern.

München, den 30. Oktober 1897.

Beginn der Sitzung Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: B.-V. Aichach-Schrobenhausen: Dr. Gröber, kgl. Bezirksarzt in Aichach; B.-V. Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: Dr. Burkart, kgl. Bezirksarzt, Dr. Max Dirr, prakt. und Bahnarzt, beide in Rosenheim; B.-V. Freising-Moosburg: Dr. Oberprieler, prakt. Arzt in Freising; B.-V. Ingolstadt-Pfaffenhofen: Dr. Grasmann, kgl. Bezirksarzt in Pfaffenhofen; B.-V. Mühldorf-Neuötting: Dr. Theobald Weiss, prakt. Arzt in Neumarkt an der Rott; B.-V. München: Medicinalrath Dr. Aub, kgl. Bezirksarzt, Hofrath Dr. Brunner, Oberarzt, Hofrath Dr. Schnizlein, prakt. Arzt, Dr. Max Emanuel Gruber, Gefängnissarzt, Dr. August Weiss, prakt. Arzt, Dr. Max Wohlmuth, prakt. Arzt, sämmtliche in München; B.-V. Traunstein-Reichenhall: Hofrath Dr. Rapp, bezirksärztlicher Stellvertreter in Reichenhall, Dr. Liegl, prakt. Arzt in Alzing; B.-V. Wasserburg: Dr. Giehrl, kgl. Bezirksarzt in Wasserburg; B.-V. Weilheim-Landsberg: Dr. Angerer, prakt. Arzt in Weilheim, Dr. Zenetti, prakt. Arzt in Penzberg.

Vor Beginn der Verhandlungen waren die Delegirten von Sr. Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten von Auer empfangen worden, der sich über die zur Berathung der Aerztekammer bestimmten Vorlagen, sowie über andere ärztliche Standesfragen eingehend äusserte.

Nach Begrüssung der Delegirten durch den kgl. Regierungscommissär, Herrn Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel, nimmt der Alterspräsident, kgl. Bezirksarzt Dr. Gröber die Wahl des Ausschusses vor und beruft als Schriftführer ad hoc Dr. August Weiss.

Das Bureau wird folgendermassen gebildet:
1. Vorsitzender Dr. Aub,
2. Stellvertreter des Vorsitzenden Dr. Schnizlein,
3. Schriftführer Dr. August Weiss.

Medicinalrath Dr. Aub übernimmt den Vorsitz und ersucht in Uebereinstimmung mit den sämmtlichen Kammermitgliedern den Delegirten Dr. Schnizlein, auch dieses Mal die Stelle eines Cassiers zu übernehmen. Derselbe erklärt sich hiezu bereit.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmet der Vorsitzende warme Worte der Erinnerung dem dahingeschiedenen 2. Vorsitzenden und Alterspräsidenten der oberbayerischen Aerztekammer Medicinalrath Dr. Brug, an dessen Grab der ständige Ausschuss der Kammer einen Kranz niedergelegt habe.

Er bittet die Kammer, sich zum Zeichen freundlichen und ehrenden Angedenkens an den Verstorbenen von den Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Ferner erwähnt der Vorsitzende, dass ein eifriges und langjähriges Mitglied der oberbayerischen Aerztekammer, Herr Dr. Julius Mayr-Rosenheim, in Folge seiner Ernennung zum kgl. Bezirksarzt in Bogen diesmal leider der oberbayerischen Aerztekammer nicht mehr angehöre. Die Kammer wünsche ihm Glück und sei überzeugt, dass er in seiner neuen Wirksamkeit auf den Bahnen verbleiben werde, die er bisher in so anerkennenswerther Weise beschritten.

Das an seine Stelle wieder eingetretene frühere Kammermitglied Bezirksarzt Dr. Burkart begrüsst der Vorsitzende, desgleichen den für den erkrankten Delegirten Professor Dr. Moritz einberufenen Dr. Max Emanuel Gruber.

Der Vorsitzende gibt nunmehr die Tagesordnung bekannt:
1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1896/97.
2. Cassenbericht.
3. Einlauf incl. Ministerialbescheid.
4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.
5. Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns (Ziffer 2 des Ministerialbescheides).
6. Ehrengerichtsordnung mit Disziplinarverfahren.
7. Antrag, betr. Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen etc.
8. Revision der ärztlichen Gebührenordnung.
9. Umfrage, betr. Wiedereinführung des Kurpfuscherei-Verbotes.
10. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.
11. Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse und seines Stellvertreters für das kommende Jahr.
12. Wahl der Commission zur Aberkennung der Approbation.
13. Wahl der Beschwerdecommission, entsprechend dem Schlusssatz des § 12 der k. A. V. vom 15. Juli 1895.

Die Tagesordnung wird genehmigt.

Vor Eintritt in die Tagesordnung nimmt der k. Regierungscommissär Herr Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogel das Wort.

Er theilt mit, dass er auch den Sanitätsbericht für das Jahr 1896 fertiggestellt habe, jedoch der Meinung sei, dass dessen Verlesung in Anbetracht der zahlreichen und wichtigen Gegenstände der Tagesordnung zu zeitraubend sein dürfte. Er gibt deshalb den Bericht den Delegirten zur Einsicht herum.

Der Vorsitzende dankt für diese Mittheilung und dafür, dass der Bericht der Einsichtnahme der Delegirten zugänglich gemacht wird.

Auf seine Aufforderung erhebt sich die Kammer zum Zeichen des Dankes von den Sitzen.

Es wird alsdann in die Tagesordnung eingetreten.

ad 1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1896/97.

Dr. Aub: Der ständige Ausschuss hat als solcher eine besondere Sitzung nicht abzuhalten gehabt, da die meisten Gegenstände des Einlaufes eine collegiale Vorberathung nicht erforderten. Zunächst war es die Aufgabe des Vorsitzenden, den Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammer von 1896 an die Bezirksvereine zu versenden. Der Kürze halber wurden die Abdrücke des Ministerialbescheides direct an die Delegirten zur Aerztekammer gesendet. Ueberdies wurde der wesentliche Inhalt des Ministerialbescheides in der „Münchner Medicinischen Wochenschrift“ veröffentlicht.

Ferner ist ein Anschreiben des bayerischen Landescomités für freiwillige Krankenpflege im Kriege (verstärkte Abtheilung für Lazarethangelegenheiten) an den Vorsitzenden des ständigen Ausschusses gelangt, dessen Erledigung eigentlich nicht in den Geschäftskreis des ständigen Ausschusses gehören dürfte.

Aber die Herren Delegirten werden heute von mir Formularien erhalten, in welche sie die Eintragung derjenigen Aerzte ihrer Bezirksvereine veranlassen wollen, welche sich zum Dienste der freiwilligen Krankenpflege im Kriege bereit finden.

Gemäss § 6 der Geschäftsordnung hat der Vorsitzende des ständigen Ausschusses zur Vorbereitung der diesjährigen Aerztekammer einer Besprechung der Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern am 10. October lfd. Js. in Nürnberg beigewohnt und die sämmtlichen Delegirten rechtzeitig von den in dieser Besprechung festgesetzten Beschlüssen in Kenntniss gesetzt, ausserdem auch die Referenten für die Berathungsgegenstände der heutigen Sitzung bestellt.

ad 2. Cassenbericht.

Cassier Dr. Schnizlein berichtet über den Stand der Casse.

Einnahmen:	Cassabestand des Vorjahres	129 M. 67 Pf.
	Dazu Zinsen des Pfandbriefes pro 1896	7 „ — „
	Beiträge der ärztlichen Bezirksvereine (pro Mitglied 10 Pf.)	56 „ 60 „
		193 M. 27 Pf.
Ausgaben:	. . . .	83 M. 05 Pf.
	Cassabestand pro 1897	110 M. 22 Pf.
	Dazu kommt noch ein $3^1/_2$ proc. Pfandbrief zu	200 M. — Pf.

Die zu Cassenrevisoren bestimmten Dr. Liegl und Dr. Dirr befinden Rechnung und Cassa in Ordnung und beantragen die Entlastung des Cassiers. Dieselbe wird ertheilt.

Auf Antrag des Cassiers beschliesst die Aerztekammer, pro 1897 den Kammerbeitrag auf 10 Pf. pro Vereinsmitglied festzusetzen.

ad 3. Einlauf.

1. Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammer 1896, dd. vom 12. Juli 1897; 2. Einladung zum II. deutschen Samaritertag in Leipzig; 3. Anschreiben des bayerischen Landescomité's für freiwillige Krankenpflege im Kriege vom 18. September 1897.

ad 4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.

Dr. Gröber: Aichach-Schrobenhausen 19 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirkarzt Dr. Anton Gröber; Schriftführer und Cassier: Dr. Friedrich Gröber, beide in Aichach. Es werden alljährlich 2 Versammlungen abgehalten. Bei der ersten Versammlung am 14. Julil. Js. in Aichach wurde die Wahl des Delegirten vorgenommen und eine Vorbesprechung über die Standesordnung und Ehrengerichtsordnung, sowie über die preussische Taxordnung gepflogen. Es wurden zugleich für die nächste Versammlung für beide Themata Referenten aufgestellt. Bei der Versammlung am 13. Oktober in Friedberg wurden die Referate erstattet und eingehend besprochen. Zugleich wurde die Frage der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes berathen und in bejahendem Sinne Stellung hiezu genommen.

Dr. Dirr: Ebersberg-Miesbach-Rosenheim 48 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Frank-Miesbach; Schriftführer und Cassier: Dr. Dirr-Rosenheim. Im Vereinsjahr 1896/97 wurden 3 Versammlungen abgehalten; die erste fand am 14. Dezember 1896 in Rosenheim statt, in welcher Bericht über die Verhandlungen der oberbayerischen Aerztekammer 1896 von Dr. Mayr erstattet wurde. In derselben Versammlung wurde von Dr. Dirr ein Referat über den Entwurf neuer Satzungen des Bezirksvereins im Sinne der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 1. August 1895 erstattet. Die zweite Versammlung fand am 3. Juni 1897 in Rosenheim statt, in welcher Dr. Mayr über die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes ein Referat erstattete. Die dritte Versammlung war am 17. August 1897 in Holzkirchen, in welcher Herr Oberstabsarzt Dr. Seydel von München den Vortrag über „Schussverletzungen" hielt. In derselben Versammlung wurden auch Vereinsangelegenheiten besprochen.

Dr. Oberprieler: Freising-Moosburg 13 Mitglieder. Vorsitzender: kgl. Bezirksarzt Dr. Auer; Schriftführer: Dr. Buck, beide in Freising. Es fanden 2 Versammlungen statt, in welchen Vereinsangelegenheiten, die Berathungsgegenstände der Aerztekammer und Standesangelegenheiten besprochen wurden. Ausserdem gelangten interessante Krankheitsfälle zur Mittheilung und Besprechung.

Dr. Grasmann: Ingolstadt-Pfaffenhofen 16 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Grasmann; Schriftführer: Dr. Decrignis, prakt. und Bahnarzt, beide in Pfaffenhofen. Es fanden 2 Versammlungen statt, im Mai und im August, in welchen Vereinsangelegenheiten behandelt, neue Statuten berathen und fertig gestellt wurden. In der August-Versammlung wurde die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes berathen.

Dr. Theobald Weiss: Mühldorf-Neuötting 22 Mitglieder. Vorsitzender und Schriftführer: Dr. Theobald Weiss-Neumarkt a/Rott; Cassier: Dr. Bernhuber-Altötting. Der Verein hielt 2 Versammlungen ab, von welchen die eine in Mühldorf und die andere in Altötting abgehalten wurde.

Dr. M. E. Gruber: München 380 Mitglieder. Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Aub; Schriftführer: Dr. M. E. Gruber; Cassier: Dr. August Weiss, sämmtliche in München. Seit der letzten Aerztekammer haben 4 Sitzungen stattgefunden. In diesen Sitzungen wurden Standesfragen, ferner die Tagesordnung des 25. deutschen Aerztetages berathen. Hiebei wurde zur Frage der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes eine bejahende Stellung eingenommen. Die Frage der Einführung der freien Arztwahl bei der Ortskrankenkasse III wurde eingehend berathen. Der Verein hat eine Commission eingesetzt zur Berathung der Vorschriften, betreffend „Infectionskrankheiten der Schulkinder". Die Untersuchung über den Einfluss der Steilschrift auf die Körperhaltung und das Sehvermögen wird fortgesetzt. Die Commission zur Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen ist auch in diesem Jahr in Thätigkeit getreten. Die vom Verein geführte Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten wird fortgesetzt.

Dr. Liegl: Traunstein-Reichenhall 43 Mitglieder. Vorsitzender: Hofrath Dr. Rapp, bezirksärztlicher Stellvertreter; Schriftführer: Dr. Schöppner, prakt. Arzt, beide in Reichenhall. Es fanden 2 Sitzungen statt, in Freilassing und Empfing, in welchen die Fragen zur Verhandlung kamen, welche heute die Aerztekammer beschäftigen. Es wurden Vereins- und Standesangelegenheiten besprochen und ausserdem wissenschaftliche Mittheilungen und Demonstrationen — hauptsächlich von Medicinalrath Dr. Leonpacher in Traunstein und von Dr. v. Heinleth in Reichenhall — entgegengenommen. Der Verein hat auch die Frage der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes berathen und bejahende Stellung dazu genommen.

Dr. Giehrl: Wasserburg 16 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Giehrl, k. Bezirksarzt im Wasserburg, Schriftführer und Cassier Dr. Julius Möller, prakt. Arzt in Rott am Inn. Es fanden 2 Versammlungen statt, bei welchen Standesfragen und Vereinsangelegenheiten besprochen wurden. Die zweite Versammlung in Gars hatte zugleich den Charakter einer Familienzusammenkunft.

Dr. Angerer: Weilheim-Landsberg 30 Mitglieder Vorsitzender Medicinalrath Dr. Fellerer, k. Bezirksarzt; Schriftführer und Cassier Dr. Angerer, beide in Weilheim. Es fanden 2 Versammlungen statt, im April zu Weilheim und im September zu Tutzing, in welchen wissenschaftliche Vorträge gehalten und Standesangelegenheiten besprochen wurden.

ad. 5. Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns (Ziffer 2 des Ministerialbescheides).

Der Vorsitzende: In der Vorbesprechung der Vorsitzenden der Aerztekammern im Jahre 1896 ist der Beschluss gefasst worden, einen Entwurf einer Standesordnung auszuarbeiten. Diesem Auftrage zufolge hat College Dr. Brauser-Regensburg in Gemeinschaft mit Collegen Dr. Meyer-Fürth eine solche Standesordnung entworfen.

Dieser Entwurf ist in der Vorbesprechung der Aerztekammer vom 10. ds. Mts. vorberathen und mit wenigen Abänderungen angenommen worden.

Ueber diesen Entwurf wird Ihnen nachher der Herr Referent Dr. August Weiss Bericht erstatten. Der Wortlaut desselben ist durch Druck vervielfältigt und in den Händen der Delegirten. College Dr. Dörfler-Weissenburg am Sand hat gleichfalls vor geraumer Zeit einen fleissig ausgearbeiteten Entwurf einer solchen Standesordnung mit Ehrengerichtsordnung hergestellt und den Bezirksvereinen für Südfranken unterbreitet. Der Bezirksverein für Südfranken hat diese Entwürfe berathen und gut geheissen. Die Dörfler'schen Entwürfe sind an alle bayerischen Bezirksvereine versandt worden. Diese Arbeit Dr. Dörfler's liefert den Beweis, dass der Verfasser für die ärztliche Collegialität und Standesehre begeistert ist und für seine Ideen mit voller Energie eintritt.

Ich habe nur zweierlei dabei zu bedauern. Ich hätte es für richtiger gehalten, wenn die Dörfler'schen Entwürfe zunächst dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der mittelfränkischen Aerztekammer übermittelt worden wären.

Sodann muss ich die Vorwürfe, welche Dr. Dörfler gegen die bisherige Thätigkeit der bayerischen Aerztekammern in dieser Richtung erhebt, als ungerechtfertigt bezeichnen. Wenn Dr. Dörfler Delegirter zur mittelfränkischen Aerztekammer gewesen wäre — und ich würde es begrüssen, wenn er sehr bald Delegirter würde — so hätte er kaum diese Vorwürfe erhoben; und bei richtiger Information hätte er sie überhaupt nicht erheben können.

Bevor wir in die Berathung unserer Entwürfe eintreten, möchte ich Ihnen noch mittheilen, dass nach Massgabe der Vorbesprechung der Vorsitzenden vom 10. ds. Mts. ich in der Lage bin, Namens des ständigen Ausschusses zu beantragen, dass die oberbayerische Aerztekammer folgende Resolution beschliessen wolle:

Dieselbe lautet:

> „Die Aerztekammer vom Jahre 1896 hat an das k. Staatsministerium die Bitte gerichtet, dasselbe wolle entweder, wie dies bereits im Königreich Sachsen durchgeführt ist, landesgesetzlich den Beitritt zu den ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch machen, oder sonst auf gesetzlichem Wege Vorkehrungen treffen (vielleicht auf dem Wege einer bayerischen Aerzteordnung), dass sämmtliche bayerischen Aerzte den Bestimmungen einer gemeinsamen Standesordnung unterworfen seien und hiebei die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch nehmen. Die Aerztekammer ist bei ihrer Bitte von der Ueberzeugung ausgegangen, dass die Entscheidung dieser Frage die Hauptsache sei, möge der Inhalt sein, wie er wolle, und dass die Entwerfung einer Standesordnung ohne deren Geltung für alle Aerzte verlorene Mühe sei.
>
> Wir sind auch heute noch dieser Ansicht, aber Angesichts des Ministerialbescheides vom 12. Juli lf. Js. Ziffer 2 bereit, im Entwurf diejenigen Punkte zu bezeichnen, welche wir in eine solche Standesordnung aufgenommen haben wollen. Hieran knüpfen wir dann aufs Neue die Bitte, welche wir in der vorjährigen Aerztekammer an die k. Staatsregierung gestellt haben, stehen aber nicht an, hiezu auszusprechen, dass es uns wünschenswerther erscheint, im Anschluss an die bisherige Entwicklung der Aerzteorganisation in Bayern auf dem Wege des obligatorischen Beitritts zu den Bezirksvereinen vorzugehen. Wir wären dem k. Staatsministerium zu grossem Dank verpflichtet gewesen, wenn es in Bezug auf unseren diesbezüglichen vorjährigen Antrag Gebrauch gemacht hätte von der K. A.V. vom 9. Juli 1895 § 3 letzter Absatz und die Delegirten der Aerztekammern zu der erwähnten Sitzung des Obermedicinalausschusses beigezogen hätte.

Diese Resolution wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Referent Dr. August Weiss: Indem wir daran gehen, einen Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns zu berathen, thun wir einen weiteren Schritt vorwärts in einer Sache, die den bayerischen Aerzten seit Jahren sehr am Herzen liegt, und von der sie zuversichtlich hoffen, dass sie zu einem gedeihlichen Ende geführt werden wird.

Was den Inhalt des Entwurfes betrifft, der uns als Ergebniss der Besprechung der Vorsitzenden in Nürnberg vorliegt, und von der Sie schon Einsicht genommen haben, so umfasst derselbe alle Gebiete des ärztlichen Lebens und der ärztlichen Thätigkeit, die hier in Frage kommen können. Die Einzelheiten, in die er — mit gutem Grunde — sich vertieft, sowie die Gesichtspunkte, von denen er ausgeht, lassen erkennen, dass die Männer, die hier an der Arbeit waren, die Thätigkeit des praktischen Arztes, sowie die Verhältnisse, in denen er lebt, vom Fundament aus kennen und dass sie von dem ernstesten Streben beseelt sind, das Thun des Arztes über dem Niveau des blossen Geschäftsbetriebes zu erhalten.

Ich glaube wir haben allen Grund, für die vortreffliche Vorbereitung dieses unseres Berathungsgegenstandes dankbar zu sein.

Es besteht für mich keine Veranlassung, Ihnen irgend eine eingreifende Aenderung des Entwurfes oder eine Aenderung der Anordnung des Stoffes vorzuschlagen, und es dürfte sich vielleicht empfehlen, von einer Generaldiscussion Umgang zu nehmen. Eventuelle Wünsche auf Abänderung einzelner Punkte werden sich in der Specialdiscussion leicht erledigen lassen.

Eine Generaldiscussion wird nicht gewünscht.

Referent bringt nochmals den Entwurf zur Vorlesung.

Der Vorsitzende eröffnet nunmehr die Specialdiscussion.

A. Allgemeines.

Ziffer 1, 2, 3, 4 werden ohne Discussion einstimmig angenommen.

B. Specielles.

I. Die ärztliche Praxis.

Ziffer 5 wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 6 beantragt Dr. Brunner die Worte: „ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken“ fallen zu lassen. Das Anbieten unentgeltlicher Behandlung habe unter allen Umständen etwas reclamehaftes, sei deswegen anstössig und ganz allgemein zu unterlassen. Der akademische Lehrzweck werde dabei in keiner Weise geschädigt, da die Behandlung in Polikliniken, Kliniken, klinischen Ambulatorien als unentgeltlich ohnedies bekannt sei.

Der Antrag Dr. Brunner wird einstimmig angenommen.

Ziffer 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 werden ohne Discussion einstimmig angenommen.

II. Verkehr mit den Patienten anderer Aerzte.

Ziffer 20, 21, 22 werden ohne Diskussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 23 beantragt Referent, da diese Ziffer immerhin einige Lücken enthalte, folgende Fassung:

„Werden bei eiligen Fällen mehrere Aerzte gerufen, so behält der Hausarzt den Kranken, beim Fehlen eines solchen wählt der Kranke, eventuell dessen Angehörige den Arzt; andernfalls wird der Erstangekommene die Behandlung übernehmen.“

Die vom Referenten beantragte Fassung wird einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 24 beantragt Referent in Anbetracht, dass Requisitionen von Behörden häufig so schnell zu erledigen sind, dass eine vorherige Verständigung des behandelnden Arztes nicht möglich ist, dass ferner derartige Controlbesuche wohl fast ausnahmslos durch amtliche Aerzte zu besorgen sein werden, das Wort „Behörden“ zu streichen.

Der Antrag des Referenten wird einstimmig angenommen.

III. Consilien.

Zu Ziffer 25 beantragt Referent die Fassung:

„Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der den Voraussetzungen genügt, von denen die Zugehörigkeit zu einem Bezirksverein abhängig ist, und der auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde steht.“

Der Antrag des Referenten wird einstimmig angenommen.

Ziffer 26, 27, 28, 29 werden ohne Diskussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 30 beantragt Referent, den zweiten Satz wegfallen zu lassen. Die Entscheidung solcher Fragen per majora sei nicht unbedenklich, auch scheine ihm diese Bestimmung doch zu sehr ins Detail zu gehen.

Dem Antrag des Referenten wird einstimmig stattgegeben.

Ziffer 31, 32, 33, 34 werden ohne Diskussion einstimmig angenommen.

IV. Vom ärztlichen Honorar.

Ziffer 35 wird ohne Diskussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 36 beantragt Referent den letzten Satz zu streichen, da die Möglichkeit, die Genehmigung zu versagen, im ersten Satze implicite schon ausgesprochen sei.

Der Antrag des Referenten wird einstimmig angenommen.

Ziffer 37, 38, 39, 40 werden ohne Diskussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 41 bemerkt Referent: Ziffer 42 gehört streng genommen nicht hieher unter das Capitel vom ärztlichen Honorar. Da aber in Ziffer 41 von der Bewerbung um öffentliche etc. Stellen die Rede ist, so kann Ziffer 42 als wünschenswerthe Ergänzung dieser Ziffer betrachtet werden.

Ihre selbständige Numerirung als Ziffer 42 hätte dann wegzufallen und die nachzufolgenden Ziffern des Entwurfes wären dementsprechend zu numeriren.

Wird im Sinne des Referenten einstimmig angenommen.

V. Vertretung.

Ziffer 42, 43, 44, 45 werden ohne Diskussion einstimmig angenommen.

Der Vorsitzende spricht dem Referenten den Dank aus und konstatirt, dass es unendlich erfreulich sei, zu sehen, dass über diesen Entwurf eine solche Einmüthigkeit herrsche. Die Kammer habe mit der Berathung dieses Gegenstandes dem Auftrage des Ministerialbescheides entsprochen und zwar in einer Weise, dass kein Zweifel darüber obwalten könne, was die Meinung der oberbayerischen Aerztekammer sei. Der Vorsitzende lässt nunmehr eine Pause von 10 Minuten in den Verhandlungen eintreten, da der kgl. Regierungscommissär dienstlich abgerufen wird.

ad 6. Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren. Antrag des ständigen Ausschusses.

Vorsitzender: Die Besprechung der Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern in Nürnberg hat die Anschauung ergeben, dass neben der Standesordnung jedenfalls auch eine Ehrengerichtsordnung der k. Staatsregierung vorzulegen sei, da eine Standesordnung ohne Ehrengerichtsordnung keinerlei Wirksamkeit haben würde und die k. Staatsregierung nicht im Zweifel gelassen werden darf, dass die oberbayerische Aerztekammer eine solche Ehrengerichtsordnung wünschen muss.

Der ständige Ausschuss unterbreitet demgemäss einen solchen Entwurf, und ich ersuche Sie, in die Berathung desselben einzutreten. Herr Hofrath Dr. Rapp hat die Güte gehabt, das Referat zu übernehmen.

Referent Dr. Rapp: Zur Durchführung der eben berathenen Standesordnung ist, wie unser Herr Vorsitzender schon hervorgehoben, der gleichzeitige Erlass einer für alle Aerzte wirksamen Ehrengerichtsordnung eine unbedingte Nothwendigkeit; wenn die Standesordnung selbst das Verhalten der Aerzte untereinander und nach aussen regelt, so ist es nur eine natürliche Folgerung, dass auch Vorschriften darüber bestehen, in welcher Weise gegen die Collegen vorgegangen werden kann und soll, welche gegen diese Standesordnung sich verfehlt haben, und welche Disciplinarbefugnisse den ärztlichen Standesvertretungen, sei es den Bezirksvereinen oder Aerztekammern zur Verfügung stehen.

Eine derartige für alle Aerzte wirksame Ehrengerichtsordnung wird einen weiteren Schritt vorwärts in unserer Standesorganisation bedeuten, ja eigentlich schon ein Theil der von uns seit vielen Jahren angestrebten Aerzteordnung sein, wie überhaupt Standesordnung, Ehrengerichtsordnung und Aerzteordnung innig miteinander zusammenhängen und ohne einander in wirksamer Weise gar nicht bestehen können.

Auf die Frage, ob es zweckmässiger gewesen wäre, zuerst die gesetzliche Unterlage für eine Standes- und Ehrengerichtsordnung zu schaffen oder auf umgekehrtem Wege vorzugehen, glaube ich hier nicht mehr eingehen zu sollen; für uns steht so viel ausser allem Zweifel, dass wir ernstlich eine festere Standesorganisation erstreben, weil die Wirksamkeit unserer Bezirksvereine, wenn der obligatorische Beitritt zu denselben nicht Gesetz wird, eine mangelhafte bleiben muss und gerade auf die Collegen, welche aus bekannten Gründen jedem ärztlichen Vereinsleben aus dem Wege gehen, nicht entfaltet werden kann; in dieser Hinsicht ist die bis jetzt bestehende Ehrengerichtsordnung unserer Bezirksvereine völlig wirkungslos.

Nur durch eine festere Standesorganisation wird es uns auch ermöglicht werden, endlich aus der unwürdigen Stellung herauszukommen, in welche uns das Gewerbegesetz vom Jahre 1869 gebracht hat.

Von diesem Bestreben nach einer festeren Organisation geleitet, haben wir entsprechend dem Wunsche der k. Staatsregierung heute eine Standesordnung berathen und deren Vorlage beschlossen; um jedoch die für unseren Stand so wichtige Angelegenheit möglichst zu fördern, wird es zweckmässig sein, zugleich damit auch die Hauptpunkte der k. Staatsregierung bekannt zu geben, welche die zur Durchführung dieser Standesordnung nothwendige Ehrengerichtsordnung unserer Ansicht nach enthalten und auf denen sie sich aufbauen soll. Diese Punkte sind von den Vorsitzenden der sämmtlichen Kammerausschüsse gutgeheissen worden und Ihnen bereits zur Kenntnis zugegangen. Wir entnehmen diesem Entwurfe, dass derselbe sich an die bisherige Entwicklung unserer Aerzteorganisation in Bayern enge anschliesst und als erste Instanz den Ehrenrath unserer Bezirksvereine bestimmt. Diese Bestimmung dürfte uns viel sympathischer sein als z. B. der preussische Entwurf, welcher schon das erste Eingreifen der Aerztekammer überlässt und einen Juristen mit der Voruntersuchung betraut, wie ja überhaupt dort die Standes-

organisation eine in wesentlichen Dingen von uns verschiedene ist. Innerhalb eines Bezirksvereins kommen die einzelnen Mitglieder einander näher, sie stehen ständig in Fühlung miteinander und so wird sich manche peinliche Angelegenheit da leichter beheben lassen, als wenn gleich zuerst eine den örtlichen Verhältnissen ferner stehende Corporation eingreift.

Der Ehrengerichtshof der Aerztekammer, welchem zur vollen Wahrung des Rechtsstandpunktes ein höherer Verwaltungsbeamter beigegeben ist, kann ja dann immer als zweite Instanz angerufen werden. Die Strafbestimmungen mussten natürlich entsprechend der festeren Organisation schärfere werden; der Ausschluss aus dem Bezirksvereine konnte als Strafmittel nicht beibehalten werden, da die Ehrengerichtsordnung für alle Aerzte wirksam bleiben muss. Dieses Mittel konnte auch bisher durch vorherigen freiwilligen Austritt der betreffenden Vereinsmitglieder illusorisch gemacht werden.

Ueber die Aberkennung der ärztlichen Approbation hatte schon bisher eine Commission der Aerztekammer zu urtheilen.

Wenn wir diesen Entwurf über die Strafbestimmungen und die Bildung der Instanzen annehmen, so geben wir zugleich damit der kgl. Staatsregierung kund, dass wir die weitere Entwicklung der Aerzteorganisation in Bayern im Anschlusse an die bisherige wünschen.

Damit, dass die Disciplinarbefugnisse den Bezirksvereinen verbleiben, lässt sich wohl eine wirksame Durchführung der Ehrengerichtsordnung für alle Aerzte schwerlich anders denken, als dadurch, dass der Zutritt zu den Bezirksvereinen obligatorisch wird. Ich kann es mir wenigstens nicht denken, dass die kgl. Staatsregierung sich herbeilassen wird, den Bezirksvereinen Disciplinarbefugnisse über Nichtmitglieder dieser Vereine einzuräumen, und wirksam für alle Aerzte müssen Standes- und Ehrengerichtsordnung sein, wenn sie einen Zweck haben sollen.

Meine Herren, wenn wir heute mit der schon beschlossenen Standesordnung auch diesen Entwurf einer Ehrengerichtsordnung vorlegen, so haben wir jedenfalls der kgl. Staatsregierung, wie dieselbe es ja auch will, klar und unzweifelhaft kund gethan, wie wir uns den weiteren Ausbau unserer Standesorganisation denken, und damit die für unseren Stand so wichtige Angelegenheit, so weit es jetzt möglich, gefördert.

Ich ersuche deshalb die Herren, folgender Resolution und folgendem Entwurf zuzustimmen:

„Zur Durchführung der eben berathenen Standesordnung hält die oberbayerische Aerztekammer den gleichzeitigen Erlass einer für alle Aerzte wirksamen Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren für nothwendig und empfiehlt als Anhaltspunkte für eine solche der kgl. Staatsregierung nachstehende Sätze:

Strafbestimmungen:

1. Vertrauliche Verwarnung.
2. Vertrauliche Rüge.
3. Oeffentliche Rüge in der Vereinsversammlung.
4. Geldstrafen bis zu 2000 Mark.
5. Aberkennung der aktiven und passiven Wahlfähigkeit für alle innerhalb der Bezirksvereine vorkommenden Wahlen bis zur Dauer von 5 Jahren.
6. Antrag auf Einleitung des Verfahrens zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Verschärfung von Ziffer 4 und 5 kann durch Veröffentlichung der Erkenntnisse in der Presse erfolgen.

Als erste Instanz gilt der Ehrenrath der Bezirksvereine, dessen Zusammensetzung sich aus den Statuten der Vereine ergibt.

Als zweite Instanz (Berufungsinstanz) fungirt der Ehrengerichtshof der Aerztekammer gemäss § 7 der gemeinsamen Geschäftsordnung der bayerischen Aerztekammern mit der Bestimmung, dass die Aerztekammer ihren Vorsitzenden und 3 zu wählende Mitglieder abordnet und das kgl. Staatsministerium des Innern den Vorsitzenden in der Person eines höheren juristischen Verwaltungsbeamten auf bestimmte Zeitdauer ernennt."

Entwurf und Resolution nach Antrag des Referenten werden einstimmig angenommen.

ad 7. Antrag betr. Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen.

Referent Dr. Rapp: Im Anschluss an die eben beschlossenen Vorlagen über den weiteren Ausbau unserer Standesorganisation möchte ich Ihnen eine weitere Resolution an die k. Staatsregierung vorschlagen.

Es ist wiederholt bei den Verhandlungen des deutschen Aerztetages, bei anderen Gelegenheiten und so auch bei der jüngsten Zusammenkunft der Vorsitzenden der Kammerausschüsse darauf aufmerksam gemacht worden, wie nothwendig für die Aerztekammern die gesetzliche Ermächtigung zur Erhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Standeseinrichtungen ist und es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass eine derartige Ermächtigung nur im Interesse unseres Standes gelegen ist und dessen weitere Organisation kräftigen und fördern wird.

Die kleinen Umlagen, welche wir bisher in den Aerztekammern erhoben haben, entbehrten eigentlich der gesetzlichen Grundlage, wir wissen aber nicht, welche grösseren Kosten beim weiteren Ausbau unserer Organisation später erwachsen werden und da wird jedenfalls eine gesetzliche Ermächtigung zur Erhebung von Umlagen nothwendig sein.

Viel grösseren Werth aber möchte ich auf die gesetzliche Heranziehung aller Aerzte zu gemeinnützigen Standeseinrichtungen legen. Ich erinnere nur an unsere Unterstützungsvereine und Wohlthätigkeitskassen, und brauche wohl nicht näher auszuführen, in wie ganz anderer Weise sich diese leistungsfähig erweisen werden, wenn den Aerztekammern das Recht zusteht, alle Aerzte dazu heranzuziehen Ausserdem wird eine derartige Bestimmung nur geeignet sein, den Zusammenschluss und die Zusammengehörigkeit der Aerzte zu fördern und ich möchte Sie deshalb bitten, folgender Resolution Ihre Zustimmung zu geben:

„Zur weiteren Entwicklung und Kräftigung der ärztlichen Standesorganisation in Bayern hält die Aerztekammer für nothwendig, dass den Aerztekammern die gesetzliche Ermächtigung zur Erhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Standeseinrichtungen ertheilt werde."

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Der Vorsitzende: Ich habe Ihnen nunmehr folgenden Antrag des ständigen Ausschusses zu unterbreiten:

„Die oberbayerische Aerztekammer wolle beschliessen, an die k. Staatsregierung die Bitte zu richten, dieselbe wolle die weiteren Berathungen über die von uns zu Ziffer V, VI und VII der Tagesordnung gefassten Beschlüsse in den verstärkten Obermedicinalausschuss verlegen.

Mit diesem Antrag soll bezweckt werden, dass durch die Delegirten die Anschauungen der Arztekammern mündlich vertreten und sachdienliche Erläuterungen gegeben werden können.

Dieser Antrag wird alsdann ohne Discussion einstimmig angenommen.

ad 8. Revision der k. A. V. vom 18. Dezember 1875 „die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr."

Referent Dr. M. E. Gruber: Zufolge Ziffer V der Verbescheidung der Verhandlungen der Aerztekammer im Jahre 1896 haben die Aerztekammern von Mittelfranken und Unterfranken und Aschaffenburg eine Revision der Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis vom 18. Dezember 1875 beantragt und die Aerztekammer von Schwaben und Neuburg hat ihren ständigen Ausschuss beauftragt, sich mit den Ausschüssen der übrigen Aerztekammern in Verbindung zu setzen zur Vorbereitung einer derartigen Revision. Die kgl. Staatsregierung sieht hiernach weiterer Vorlage in der Sache entgegen.

Die Thatsache allein, dass von 3 Kammern ein Antrag auf Revision unserer vom Jahre 1875 stammenden Gebührenordnung vorliegt, kann als beweisend für das Bedürfniss einer solchen betrachtet werden. Gewiss besteht aber auch in den ärztlichen Kreisen der übrigen Regierungsbezirke das Verlangen nach einer derartigen Revision, wenn es auch bisher noch nicht antragsgemäss formulirt zum Ausdrucke gekommen ist. In München wenigstens ist man häufig genug in der Lage, in den weitesten ärztl. Kreisen Klagen über die Unzulänglichkeit der derzeit giltigen Gebührenordnung hören zu können. So zweckentsprechend und hinreichend in ihren Ansätzen und ihren Eintheilungen diese zur Zeit ihrer Erlassung auch gewesen sein mag, so entspricht sie doch den derzeitigen Verhältnissen nicht mehr vollständig. Abgesehen davon, dass seitdem und besonders in den letzten 10—15 Jahren nicht nur alle Objekte und alle Arten Lebensbedürfnisse eine wesentliche Preissteigerung erfahren haben, und dass Arbeitsleistungen jeder Art in ihrem Werthe gestiegen sind, was allgemein höhere Arbeitslöhne und Gehaltsbezüge zur nothwendigen Folge hatte, haftet unserer Gebührenordnung der Mangel an, dass eine ganze Reihe von ärztl. Dienstleistungen, chirurgischen Eingriffen und sonstigen Manipulationen, welche im Laufe der Zeit Gemeingut der ärztl. Behandlungsweise geworden sind, einerseits in ihr nicht enthalten sind, weil sie eben sich erst im Laufe der Zeit entwickelt haben, anderseits in ihrem derzeitigen Rahmen nicht gut untergebracht werden können. Auch anderwärts hat sich das Bedürfniss nach Aufstellung zeitgemässer ärztl. Gebührenordnungen fühlbar gemacht und daraus ist die seit 15. Mai 1896 giltige neue preussische Gebührenordnung entstanden, und auch in Württemberg ist man gegenwärtig mit der Umarbeitung der aus dem Jahre 1875 stammenden Gebührenordnung beschäftigt.

Als selbstredend für eine neu zu erstellende Gebührenordnung ist der bisher giltige Grundsatz aufrecht zu halten, dass die Festsetzung von Vergütungen für Dienstleistungen in der ärztl. Privatpraxis in erster Linie dem freien Uebereinkommen der Betheiligten zu überlassen sei, und dass eine amtlich zu erlassende Gebührentaxe nur für streitige Fälle in Kraft zu treten habe, sowie dass die niedrigsten Gebührensätze der bisherigen Vorschrift entsprechend nur dann Anwendung finden müssen, wenn Cassen des Staates, der Gemeinden oder Wohlthätigkeitsstiftungen die ärztl. Kosten zu

bezahlen haben. Hiezu wären nach den gegenwärtigen Verhältnissen noch die gesetzlich organisirten Arbeiter-Krankencassen und vielleicht die Berufsgenossenschaften zu rechnen, wenn Aerzte, die nicht im Vertragsverhältnisse mit ihnen stehen, Dienste geleistet haben. Besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistungen oder das Maass des Zeitaufwandes soll auch in diesen Fällen einen höheren Gebührensatz rechtfertigen. Diesen Grundsätzen trägt die preussische Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 Rechnung, welche überhaupt als zweckentsprechend, mustergiltig und nachahmenswerth für eine allenfallsige Revision unserer Taxe erachtet werden muss. Gleich letzterer umfasst auch in ihr die Vergütung für ärztliche Dienstleistung die Gebühr, Entschädigung für Zeitaufwand, Reiseentschädigung und für besondere Auslagen. Hier ist neben Anderem besonders der Unterschied gegen unsere Gebührenordnung hervorzuheben, dass Entschädigung für Fuhrwerk auch dann berechnet werden darf, wenn der Arzt ein Fuhrwerk zu seiner Beförderung (Entfernung von 2 km vorausgesetzt) nicht benützt. Die Entschädigung für Zeitversäumniss, für Behandlung mehrerer Kranken in einer Familie oder auf einer Besuchsreise, für Assistenz und Aehnliches sind durch genau detaillirte und entsprechend deutlich erklärte Tarifsätze festgesetzt. Formell unterscheidet sich die preussische Taxe von der unsrigen in dieser Richtung dadurch, dass alle diese Dinge in dem eigentlichen Tarif Aufnahme gefunden haben, während sie in unserer Taxe durch den Text der Verordnung selbst festgelegt sind. Das erste Verfahren erschein mir handlicher für den Gebrauch. Materiell weist die preussische Taxe durchgehends höhere Ansätze als die bayerische auf mit verschwindender Ausnahme einiger weniger Minimalsätze. Sie zerfällt in drei grosse Abschnitte, deren erstere allgemeine Bestimmungen, der zweite Gebühren für approbirte Aerzte, der dritte solche für approbirte Zahnärzte enthält. Des Inhaltes des ersten Abschnittes habe ich bereits in den allgemeinen Betrachtungen Erwähnung gethan. Der zweite Abschnitt entspricht der Beilage zu § 2 unserer Gebührenordnung und scheidet sich in zwei grosse Gruppen, deren erste die allgemeinen ärztlichen Verrichtungen mit den Unterabtheilungen „wundärztliche, augenärztliche, geburtshilfliche und gynäkologische Verrichtungen“ umfasst. Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit den Gebühren für approbirte Zahnärzte.

Wie weit sich das Capitel „Allgemeine Verrichtungen“ von unserer Ziffer I a unterscheidet, ist daraus ersichtlich, dass es 43 Punkte gegenüber 13 unserer Verordnung aufweist. Vollständig neu sind in demselben Ansätze für hydropathische und Massage-Behandlung, Wiederbelebungsversuche, für Einspritzungen in Harnröhre, Mastdarm, für Magen-Spülung u. s. w. — Die Gebühr für den 1. Besuch ist mit 2 bis 20 M., für die erste Berathung in der Wohnung des Arztes mit 1 bis 10 M. gegen 50 Pf. bisherige Minimalgebühr bei uns, für weitere Sprechstunden mit 1 bis 5 M. angesetzt.

Spiegel- und mikroskopische Untersuchungen sind hinreichend berücksichtigt, nicht minder consiliare Thätigkeit und Nachtbesuche. Bacteriologische Untersuchungen dürften noch Platz finden. Hervorzuheben ist, dass für Besuche, welche am Tage auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, das Doppelte der gewöhnlichen Sätze in Rechnung zu stellen ist.

Ziffer B „wundärztliche Verrichtungen“ entsprechend der gleichen Ziffer unserer Gebührenordnung weist gegen 9 Punkte dieser 44 Tarifansätze auf und unterscheidet sich von unserer Gebührenordnung hauptsächlich dadurch, dass sie zwischen den Ansätzen Ziffer 16 und 20 der letzteren, kleine und grosse Operationen mit 3 und 20 M. Minimaltaxe eine Zwischenstufe setzt, in der sie eine grosse Anzahl von chirurgischen, laryngologischen, rhinologischen und otiatrischen Operationen entsprechend berücksichtigt. Bei Wunden und Abscessen ist deren Grösse und Umfang Rechnung getragen, bei Knochenbrüchen ist der complicirten besonders gedacht, Verbände jeder Art, Anwendung des Galvanocauters, scharfen Löffels u. s. w. sind detaillirt vorgesehen.

Von augenärztlichen Verrichtungen finden sich in unserer bisherigen Taxe nur 4 Gruppen, nämlich Operationen an Lidern und Thränenorganen, Schieloperation, Iridektomie und Staaroperation Erwähnung. Die preussische Taxe tarifirt 21 augenärztliche Verrichtungen mit noch 4 Unterarten.

Auch die in unserer Taxe mit nur 12 Nummern vorgesehenen Gebühren für hebärztliche Hülfeleistungen sind unter dem Namen „Geburtshülfliche und gynäkologische Verrichtungen“ auf 25 erweitert, wobei besonders den auch vom prakt. Arzte auszuführenden gynäkologischen Verrichtungen Rechnung getragen ist. In der Geburtshilfe sind die Schwierigkeiten der Operationen bei vorliegendem Mutterkuchen besonders berücksichtigt. Neu ist die Gebühr für Untersuchung einer Amme.

Ziffer III beschäftigt sich mit den Gebühren für approbirte Zahnärzte gleich Ziffer II unserer Gebührenordnung und halte ich eine detaillirte Ausführung des Inhalts nicht für nothwendig. Erwähnt sei nur, dass der bisherige Satz unserer Taxe von 1 M. für das Ausfüllen eines Zahnes doch sicher zu ungenügend ist.

Ich möchte zum Schlusse mich noch den Worten Dr. Brauser's anschliessen:

„Nachdem eine gemeinsame Prüfungsordnung für alle deutschen Aerzte besteht, und nachdem die, auf Grund dieser Prüfungsordnung approbirten Aerzte ihre Thätigkeit im ganzen Deutschen Reiche nach freier Wahl des Niederlassungsortes ausüben können, erscheint es nur eine weitere Consequenz dieser Freizügigkeit, dass auch bei Taxirung der ärztlichen Leistungen im ganzen Deutschen Reiche nach gleichen Principien, also nach einer gemeinsamen Taxe erfolgen könne.“

Nach diesen kurzen Mittheilungen glaube ich den Antrag stellen zu sollen,

„die oberbayerische Aerztekammer wolle an die kgl. Staatsregierung die Bitte richten, eine Revision der kgl. Allerh. Verordnung, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betreffend, vom 18. Dezember 1875 vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen“.

Der Antrag des Referenten wird einstimmig angenommen.

Der Vorsitzende spricht dem Referenten für sein eingehendes und klares Referat den Dank aus.

ad 9. Umfrage, betreffend die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes und die Entfernung der die Aerzte betreffenden Bestimmungen aus der Reichsgewerbeordnung.

Der Vorsitzende constatirt durch Umfrage bei den Delegirten, dass die sämmtlichen vertretenen oberbayerischen Bezirksvereine sich im Sinne der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes ausgesprochen haben.

Dr. Rapp stellt im Anschluss hieran den Antrag, die oberbayerische Aerztekammer wolle ihre Zustimmung zu den vom XXV. deutschen Aerztetag zu Eisenach am 10. September lfd. Js. in der Frage des Kurpfuschereiverbotes gefassten Beschlüssen aussprechen.

Der Antrag wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

ad 10. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.

Der Delegirte, Medicinalrath Dr. Aub bezieht sich im Allgemeinen auf das in der „Münchener Medicinischen Wochenschrift“ abgedruckte Protokoll der Verhandlungen des erweiterten Obermedicinalausschusses vom Jahre 1896 und glaubt, hiezu weiter nichts mehr hinzufügen zu sollen.

ad 11. Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschuss und seines Stellvertreters fü das kommende Jahr.

Gewählt werden:
Dr. Aub als Delegirter,
Dr. Rapp als Stellvertreter.

Beide nehmen die Wahl dankend an.

ad 12. Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Gewählt werden auf Antrag des Dr. Brunner per Acclamation Dr. Meier-Friedberg, ferner Dr. Aub, Dr. Schnizlein, Dr. August Weiss, Dr. Grasmann, für den ausgeschiedenen Dr. Julius Mayr Dr. Burkart, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

ad 13. Wahl der Commission für Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. A. V. vom 15. Juli 1895.

Per Acclamation werden die Mitglieder der Beschwerdecommission wie im Vorjahre wiedergewählt; ebenso die früheren Stellvertreter Dr. Brunner und Dr. Moritz, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

Der Vorsitzende: Wir haben nunmehr unsere Tagesordnung erschöpft und ich kann mit einer gewissen Genugthuung darauf hinweisen, dass es der oberbayerischen Aerztekammer gelungen ist, in solcher Uebereinstimmung und in so präciser Weise die heutigen ungemein wichtigen Berathungsgegenstände zu erledigen.

Unsere Berathung über die Fragen einer ärztlichen Standesordnung und Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren war eine überaus wichtige und für die weitere Entwicklung der ärztlichen Standesverhältnisse einschneidende. Ich kann nur dem Wunsche Ausdruck geben, dass die Entwickelung dieser Fragen in den übrigen Stadien, welche sie noch zu passiren hat, eine recht gedeihliche sein möge.

Auf einen Punkt möchte ich noch das Augenmerk des Herrn Regierungscommissärs lenken. Bei der diesmaligen Aerztekammer haben wir einen Delegirten des Bezirksvereins Erding nicht begrüssen können, weil dieser Verein sich genöthigt erachtet hat, wegen Abminderung der Zahl seiner Mitglieder sich in ruhender Activität befindlich zu erklären und einen Delegirten nicht zu ernennen. Es dürfte sich empfehlen, seitens der k. Regierung vielleicht den Ursachen nachzugehen, welchen es zuzuschreiben ist, dass dieser Verein, welchem nicht einmal der k. Amtsarzt in Erding zugehört, ein so kümmerliches Dasein fristet.

Alsdann aber, meine Herren, vereinigen wir uns in dem Dank gegen unseren verehrten Herrn Regierungscommissär, welcher heute wieder uns bei unseren Berathungen in der lebendigsten und bereitwilligsten Weise unterstützt hat.

Ich ersuche die Kammer, sich zum Zeichen ihres Dankes von den Sitzen erheben zu wollen. (Geschieht.)

Der k. Regierungscommissär Dr. Vogel dankt für diese Kundgebung und spricht seine Freude darüber aus, dass die oberbayerische Aerztekammer in so sachlicher Weise und solcher Einmüthigkeit ihre wichtigen Berathungsgegenstände behandelt habe.

Dr. Gröber-Aichach spricht unter lebhaftem Beifall der Delegirten dem Vorsitzenden Dr. Aub für die Leitung der Verhandlungen den herzlichsten Dank aus.

Der Vorsitzende dankt für diese Anerkennung und schliesst die Sitzung Mittags $12^{1}/_{2}$ Uhr.

I. Vorsitzender: Dr. Aub. Schriftführer: Dr. Weiss.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Niederbayern.

Landshut, den 30. Oktober 1897.

Anwesend sind: Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Herrmann als Regierungs-Commissär. Als Delegirte sind erschienen: 1. vom Bezirksvereine Deggendorf der k. Direktor der Kreisirrenanstalt Dr. Link in Deggendorf. 2. vom Bezirksverein Dingolfing-Landau: der k. Bezirksarzt Dr. Ertl in Landau a/Isar. 3. vom Bezirksverein Landshut: Hofrath Dr. Wein in Landshut. 4. vom Bezirksverein Passau der k. Bezirksarzt Dr. Schmid und der prakt. Arzt Dr. Burgl, beide in Passau. 5. vom Bezirksverein Pfarrkirchen der k. Bezirksart Dr. Leopolder in Eggenfelden. 6. vom Bezirksverein Rottenburg-Kelheim der prakt. Arzt Dr. v. Stockar in Ergoldsbach. 7. vom Bezirksverein Straubing der k. Bezirksarzt Dr. Appel in Straubing. 8. vom Bezirksverein Vilsbiburg der prakt. Arzt Dr. Tischler in Frontenhausen.

Der Alterspräsident Bezirksarzt Dr. Leopolder nahm die Prüfung der Legitimationen vor Hierauf wurde zur Wahl des Ausschusses geschritten und es wurden gewählt:

als Vorsitzender Dr. Schmid,
als Stellvertreter Dr. Leopolder,
als Schriftführer Dr. Wein,
als Schriftführerstellvertreter Dr. v. Stockar.

Der Vorsitzende begrüsste den Herrn Regierungscommissär im Namen der Kammer und ersuchte denselben um Beistand und Förderung in den Berathungen. Er bedauerte das Ausscheiden der Herren Dr. Regler in Folge seiner Versetzung nach Landshut und Dr. Glonner, der in Folge schwerer Erkrankung nicht mehr Delegirter ist. Es wurde von dem Vorsitzenden der Wunsch ausgedrückt, es möge dem kranken Collegen Genesung zu Theil werden.

Hierauf begrüsste der Vorsitzende die neu eintretenden Delegirten Dr. Appel-Straubing, Dr. Burgl-Passau und Dr. Tischler-Frontenhausen.

Bericht des ständigen Ausschusses:

Derselbe hatte sich zu befassen mit einem Antrage des Vorsitzenden der schwäbischen Aerztekammer, welcher dahin ging: es sollte für alle bayerischen Aerztekammern eine Geschichte ihrer fünfundzwanzigjährigen Thätigkeit geschrieben werden, wie dies in Schwaben bereits geschehen ist. Die Frage wurde berathen, blieb aber vorerst in der Schwebe.

Die Vorsitzenden der Aerztekammern versammelten sich in Nürnberg am 10. Oktober; bei dieser Berathung wurde der Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns, sowie die Revision der Arzneitaxe besprochen. Der Vorsitzende des ständigen Ausschusses hatte auf Veranlassung der kgl. Regierung die Verbescheidung der Anträge der bayerischen Aerztekammern vom Jahre 1896 den übrigen Mitgliedern des ständigen Ausschusses bekannt gegeben.

Für Besorgung der Kassengeschäfte wurde Bezirksarzt Dr. Leopolder-Eggenfelden gewählt.

Hierauf theilte der k. Regierungs-Commissär Kreismedicinalrath Dr. Herrmann der Kammer die Verbescheidung der vorjährigen Aerztekammern durch die kgl. Staatsregierung mit.

Der Bezirksverein Dingolfing-Landau stellte den Antrag, es möge an denjenigen Orten, an welchen sich Leichenhäuser befinden, die Gebühr für Vornahme der zweiten ärztlichen Leichenschau auf eine Mark erhöht werden; desgleichen sollen im Falle der Nichteinbringlichkeit der Leichenschaugebühr seitens des Leichenschauers die Gemeinden für Aufbringung der Gebühr haftbar gemacht werden. Die Kammer stimmte diesen Anträgen zu.

Der Bezirksverein Rottenburg-Kelheim stellte den Antrag, dass die Zeugnisse zur Erlangung von Invalidenrenten in Zukunft von der Versicherungsanstalt honorirt werden sollen, welchem Antrag die Kammer einstimmig beitrat.

Die hierauf folgende Erhebung des Standes der Vereine ergab:

1. Der Bezirksverein Deggendorf zählt 18 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Medicinalrath Dr. Rauscher.
2. Der Bezirksverein Dingolfing-Landau zählt 9 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand Dr. Ertl.
3. Der Bezirksverein Landshut zählt 18 Mitglieder und hielt 3 Sitzungen ab, Vorstand Dr. Reiter.
4. Der Bezirksverein Passau zählt 32 Mitglieder und hielt 3 Versammlungen ab, Vorstand Dr. Schmid.
5. Der Bezirksverein Pfarrkirchen zählt 15 Mitglieder und hielt 3 Versammlungen ab, Vorstand Dr. Leopolder.
6. Der Bezirksverein Rottenburg-Kelheim zählt 18 Mitglieder und hielt 3 Sitzungen ab, Vorstand Dr. Mayr-Rottenburg.
7. Der Bezirksverein Straubing zählt 16 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand Dr. Egger.
8. Der Bezirksverein Vilsbiburg zählt 9 Mitglieder und hielt eine Versammlung ab; stellvertretender Vorstand Dr. Tischler-Frontenhausen.

Im Laufe des Jahres hat sich die Zahl der ärztlichen Bezirksvereine Niederbayerns um einen verringert, indem sich der Verein Abensberg-Kelheim mit dem Vereine Rottenburg unter dem Namen ärztlicher Bezirksverein Rottenburg-Kelheim vereinigt hat.

Der Delegirte zum erweiterten Obermedicinalausschusse Dr. Schmid-Passau brachte ausführliche Mittheilungen über die Sitzung des genannten Ausschusses in Ergänzung des diesbezüglichen Protokolls. Ebenso berichtete derselbe über seine Erfahrungen und Eindrücke vom deutschen Aerztetage am 10. und 11. September l. J. in Eisenach mit Bezugnahme auf die Veröffentlichungen des ärztlichen Vereinsblattes.

Als Delegirter zum erweiterten Obermedicinalausschuss wurde Dr. Schmid-Passau, als dessen Stellvertreter Dr. Leopolder-Eggenfelden gewählt.

Bei der Wahl der Commission zur Aberkennung der Approbation und Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 wurden bestimmt: der Vorsitzende und der Schriftführer der Kammer, eventuell deren Stellvertreter, und als weitere Mitglieder Dr. Tischler-Frontenhausen und Dr. Egger-Straubing. In das Obergutachter-Collegium wurden gewählt: Hofrath Dr. Wein-Landshut, Dr. Höglauer-Dingolfing, Dr. Rauscher-Deggendorf, Dr. Burgl-Passau, Dr. Schreiner-Mallersdorf, Dr. Maas-Kelheim, Dr. Tischler-Frontenhausen, Dr. Zeitler-Straubing, Dr. Steininger-Hutthurm, Dr. Ertl-Landau, Dr. Mayr-Rottenburg.

Nach eingehender Berathung des Entwurfes einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns, wie er in Nürnberg am 6. October l. J. von den Vorsitzenden sämmtlicher Aerztekammern vereinbart wurde, ist beschlossen worden wie folgt:

A. Allgemeines; wurde angenommen; nur eine redactionelle Abänderung der Ziffer 2 wurde als wünschenswerth bezeichnet.

B. Specielles; Kapitel I, die ärztliche Praxis, erhielt die Zustimmung der Kammer; Abänderung beziehungsweise Entfernung wird gewünscht für Absatz 2 der Ziffer 8 (Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben) und für die Ziffer 10.

Capitel II, III, IV und V wurden einstimmig acceptirt.

Zu dem, was am 10. October l. J. die in Nürnberg zur gemeinsamen Berathung versammelt gewesenen Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern über Erlass einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren berathen und worüber sie sich geeinigt haben, gibt die Kammer ihre principielle Zustimmung.

Die Aerztekammer richtet an die k. Staatsregierung die Bitte, eine Revision der k. Allerhöchsten Verordnung, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr. vom 18. Dezember 1875 vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen.

Die Kammer hat durch Umfrage bei ihren Delegirten festgestellt, dass ihre Vereine die Wiedereinführung des Kurpfuscherei-Verbotes wünschen.

Der kgl. Regierungscommissär gab hochinteressante Mittheilungen aus dem Sanitätsberichte des Kreises pro 1896.

Die Kammer hatte die Ehre, von Sr. Excellenz dem Herrn Regierungspräsident Freiherrn von Fuchs-Bimbach empfangen zu werden.

Der Vorsitzende dankte dem Herrn Regierungscommissär für den Bericht und für die Förderung der Verhandlungen.

(gez.) Dr. Herrmann, kgl. Kreismedicinalrath, Dr. M. Schmid, Dr. Leopolder, Dr. Ertl, Dr. Tischler, Dr. Appel, Dr. Link, Dr. Burgl, Dr. von Stockar, Dr. Wein.

Protokoll der Sitzung der Pfälzischen Aerztekammer zu Speyer

am 30. Oktober 1897.

Anwesend sind: Der Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Karsch als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte: a) für den Bezirksverein Frankenthal: Hofrath Dr. Kaufmann, kgl. Bezirksarzt in Dürkheim, Dr. Zahn, kgl. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern, Dr. Demuth, kgl. Landgerichtsarzt

in Frankenthal; b) für den Bezirksverein Landau: Dr. Eduard Pauli, prakt. Arzt in Landau, Medicinalrath Dr. Karrer, Direktor der Kreis-Irrenanstalt in Klingenmünster, Dr. Schmitt, prakt. Arzt in Herxheim; c) für den Bezirksverein Kaiserlautern: Dr. Kolb, kgl. Bezirksarzt in Kaiserslautern, Dr. Goldfuss, prakt. Arzt in Otterberg; d) für den Bezirksverein Zweibrücken: Medicinalrath Dr. Ullmann, kgl. Landgerichtsarzt in Zweibrücken, Dr. Ehrhardt, bezirksärztlicher Stellvertreter in St. Ingbert.

Vor der Sitzung machten die Delegirten unter Führung des kgl. Kreismedicinalrathes dem Herrn kgl. Regierungspräsidenten ihre Aufwartung, der sich mit ihnen über die Vorlagen zur Aerztekammer, sowie über verschiedene hygienische Verhältnisse des Kreises unterhielt.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den bisherigen Vorsitzenden Herrn Hofrath Dr. Kaufmann schritt man zunächst zu den Wahlen.

I.

Die Wahlen ergaben:
1. Vorsitzender: Hofrath Dr. Kaufmann;
2. Stellvertretender Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Ullmann;
3. Schriftführer: Landgerichtsarzt Dr. Demuth; Stellvertreter des Schriftführers: Landgerichtsarzt Dr. Zahn;
4. Delegirter zum Obermedicinalausschusse: Landgerichtsarzt Dr. Demuth; Stellvertreter des Delegirten: Hofrath Dr. Kaufmann;
5. Commission zur Aberkennung der Approbation: Kaufmann, Ullmann, Demuth, Pauli, Karrer;
6. Wahl der Commission im Sinne des § 12 der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und Bezirksvereine betreffend: Die vorgenannten Herren und ausserdem noch Dr. Kolb;
7. Kreiskassier für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte in Bayern: Dr. Ullmann.

II.

Sodann macht der Vorsitzende Mittheilung von der Verbescheidung der Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1896.

III.

Dr. Ullmann wünscht, dass die Beiträge für den Verein zur Unterstützung invalider Aerzte spätestens im März jeden Jahres abgeliefert werden sollen.

Im Anschlusse hieran beantragt Kreismedicinalrath Dr. Karsch, es möchten die Mitglieder sämmtlicher Bezirksvereine verpflichtet werden, dem Verein für invalide Aerzte beizutreten. Es wird konstatirt, dass in den Bezirksvereinen Landau, Kaiserslautern, Zweibrücken, sämmtliche Vereinsmitglieder diesem Vereine beigetreten sind, dass demnach eine solche Verpflichtung nur noch auf die Mitglieder des Bezirksvereines Frankenthal auszudehnen sei.

IV.

Dr. Demuth gibt eine Statistik der Vereine. Der Verein der Pfälzischen Aerzte zählt zur Zeit 239 Mitglieder, und zwar der Bezirksverein Frankenthal 83, der Bezirksverein Landau 54, der Bezirksverein Kaiserslautern 51, der Bezirksverein Zweibrücken 51; letztere beiden Vereine hätten somit das Recht, in Zukunft einen weiteren Delegirten zur Aerztekammer zu entsenden. Während des Jahres hielt der Verein der Pfälzischen Aerzte eine ordentliche und eine ausserordentliche Versammlung, die Bezirksvereine Frankenthal, Zweibrücken und Landau hielten je 2, der Bezirksverein Kaiserslautern 3 Versammlungen ab. Die Verhandlungen in den Versammlungen bewegten sich zumeist auf wissenschaftlichem Gebiete, dann aber auch wurden in einzelnen Vereinen sowohl, wie insbesondere in der ausserordentlichen Generalversammlung des Vereines Pfälzischer Aerzte Fragen des Standes, wie die Stellung der Aerzte zur Gewerbeordnung, das Kurpfuschereiverbot[1]), die Schaffung einer gemeinsamen Standesordnung für die Aerzte des Königreiches, sowie auch die Schularztfrage besprochen. Die Verhandlungen der Vereine sind im Vereinsblatt der Pfälzischen Aerzte abgedruckt.

V.

Die Frage der Schaffung einer gemeinsamen Standesordnung für alle Aerzte des Königreichs Bayern rief eine lebhafte Debatte hervor, an der sich alle Kammermitglieder betheiligten. Als Resultat dieser Debatte eignet sich die Kammer ihren vorjährigen Beschluss an, und spricht sich einstimmig dafür aus, dass eine gemeinsame Standesordnung für sämmtliche bayerische Aerzte nothwendig und anzustreben sei. Die Aerztekammer ist ferner der Ansicht, dass die Unterstellung aller Aerzte unter eine gemeinsame Standesordnung erfolgen solle und könne, ohne den Beitritt zu den Bezirksvereinen obligatorisch zu machen, eventuell wäre sie nur dann für den obligatorischen Beitritt, wenn den Bezirksvereinen ihr jetziges Recht zum Ausschluss eines Mitgliedes gewahrt bliebe. Die Aerztekammer will daher, dass den unten folgenden Strafbestimmungen zwischen 5 und 6 noch ein weiterer Absatz zugefügt werde, der lautet: Zeitweiser Ausschluss vom Vereinsleben und dem collegialen Verkehre.

[1]) Die ausserordentliche Generalversammlung vom 2. Juni 1897 sprach sich einmüthig für das Verbot der Kurpfuscherei aus.

Dem nachfolgenden, am 10. Oktober 1897 zu Nürnberg von dem ständigen Ausschusse der bayerischen Aerztekammern aufgestellte Entwurfe einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns stimmt die Aerztekammer nach eingehender Berathung im Allgemeinen bei, obgleich sie der Ansicht ist, dass dieselbe in einzelnen Punkten noch verbesserungsbedürftig sei; sie überlässt es ihrem Delegirten zum Obermedicinalausschuss, hierwegen mit den übrigen Delegirten der Aerztekammern sich ins Benehmen zu setzen.

Die Aerztekammer stellt schliesslich an die kgl. Staatsregierung die Bitte, die weiteren Berathungen über die in dieser Sache gestellten Anträge in den verstärkten Obermedicinalausschuss zu verlegen, damit durch den Delegirten die Anschauungen der Aerztekammer mündlich vertreten und sachdienliche Erläuterungen gegeben werden können

Bezüglich der Zusammensetzung und der Befugniss der verschiedenen Instanzen des Ehrenrathes sieht die Aerztekammer vorerst von bestimmten Vorschlägen ab. Doch glaubt sie jetzt schon dahin sich aussprechen zu sollen, dass es wünschenswerth sei, dass zur Antragstellung nur Aerzte befugt, und ebenso beim Urtheilsspruche nur Aerzte stimmberechtigt sein dürfen.

VI.

Die Aerztekammer richtet an die königliche Staatsregierung die Bitte, eine Revision der kgl. Allerhöchsten Verordnung, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr. vom 18. Dezember 1875 vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen.

VII.

Der Bezirksverein Frankenthal stellt den Antrag an die Aerztekammer der Pfalz, dieselbe möge beschliessen, es sei an hohe königliche Regierung die Bitte zu richten, dahin zu wirken, dass die privatärztlichen Zeugnisse zum Zwecke der Befreiung vom Turnunterricht von Seiten der k. Rektorate und vom Feuerwehrdienste von Seiten der Feuerwehrkommando thunlichst berücksichtigt werden mögen.

Angeregt war diese Frage vom Lokalverein Neustadt auf Beschwerde verschiedener Aerzte wegen Nichtberücksichtigung ihrer Zeugnisse. Der Vertreter des Lokalvereins Neustadt motivirte das Ersuchen hauptsächlich damit, dass den Beobachtungen der prakt. Aerzte unter Umständen ganz besondere Qualität zuerkannt werden müsse, da diesen eine längere Beobachtung und eine eingehendere Kenntniss der betreffenden Individuen, sowie ein genauerer Einblick in die Familiengeschichte zur Verfügung stehe, während dem einmal untersuchenden resp. kurz beobachtenden Amtsarzt dies alles unbekannt sei. Und wenn es auch einmal vorgekommen sein sollte, dass irgend ein Arzt in zu nachsichtiger Weise ein Zeugniss ausgestellt habe, so dürfe man doch nicht den ganzen Stand dies entgelten lassen; ausserdem seien die Amtsärzte, so lange dieselben private Praxis betreiben, unter Umständen den gleichen Versuchungen zur nachsichtigen Begutachtung unterworfen, wie die übrigen Aerzte. — Der Bezirksverein Frankenthal eignete sich das Ersuchen des Lokalvereins Neustadt zur weiteren Behandlung an, allerdings mit dem Zusatze, dass die Zeugnisse der Privatärzte „thunlichst" berücksichtigt werden möchten, dass also in zweifelhaften Fällen ein weiteres Gutachten durch den Amtsarzt, möglichst im Benehmen mit dem behandelnden Arzte, erhoben werden könne.

Die Aerztekammer stimmt dem Antrage des Bezirksvereins Frankenthal bei.

VIII.

Herr Kreismedicinalrath Dr. Karsch spricht sodann über die sanitären Verhältnisse des Kreises im abgelaufenen Jahre; insbesondere berichtet er ausführlich über die im letzten Jahre gepflogenen Erhebungen über die Verbreitung der Tuberculose in der Pfalz. Dies gibt der Aerztekammer Anlass sich dahin auszusprechen, dass die Errichtung von Volksheilstätten in der Pfalz ein dringendes Bedürfniss sei, und sie fordert die Aerzte der Pfalz auf, nach Kräften für dieselben zu wirken.

Der Vorsitzende dankt Namens der Aerztekammer dem Herrn Kreismedicinalrath für die belehrenden Vorträge, sowie für seine erspriessliche Theilnahme an den Verhandlungen, und insbesondere für sein warmes Eintreten für die Interessen des ärztlichen Standes.

(gez.) Dr. Kaufmann, Vorsitzender. (gez.) Dr. Demuth, Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer der Oberpfalz und von Regensburg.

Regensburg, den 30. Oktober 1897.

Anwesend: Der kgl. Regierungscommissär, Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Hofmann. Die Delegirten: Dr. Schmelcher, kgl. Medicinalrath und Bezirksarzt in Amberg für den ärztlichen Bezirksverein Amberg; Dr. Klemz, praktischer Arzt in Nittenau für den ärztlichen Bezirksverein der östlichen Oberpfalz; Dr. Thenn, kgl. Bezirksarzt in Beilngries

für den ärztlichen Bezirksverein der westlichen Oberpfalz; Dr. Brauser, kgl. Hofrath, Dr. Eser, praktischer Arzt und Dr. Fürnrohr, praktischer Arzt in Regensburg, für den ärztlichen Bezirksverein Regensburg und Umgebung; Dr. Reinhard, kgl. Hofrath in Weiden und Dr. Schwink, praktischer Arzt in Erbendorf, für den ärztlichen Bezirksverein Weiden.

Vor Beginn der Verhandlungen hatten die Delegirten die Ehre, Seiner Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten Graf Fugger und dem Herrn Regierungsdirektor Hochkirch vorgestellt zu werden. Der kgl. Regierungscommissär begrüsst die Delegirten, speciell den neu hinzutretenden dritten Delegirten des ärztlichen Bezirksvereins für Regensburg und Umgebung, Dr. Fürnrohr, und ladet die Kammer ein, ihre Arbeiten zu beginnen.

Unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten erfolgt hierauf die schriftliche Wahl der Vorstandschaft und wurde

zum Vorsitzenden Dr. Brauser,
zu dessen Stellvertreter Dr. Reinhard,
zum Schriftführer Dr. Eser,
zu dessen Stellvertreter Dr. Fürnrohr

gewählt, welche sich zur Annahme der Wahl bereit erklären. Dr. Brauser übernimmt den Vorsitz und erinnert zunächst daran, dass bei Beginn des Jahres der mehrjährige zweite Vorsitzende der Kammer, Dr. Reinhard, durch Verleihung des Titels eines königlichen Hofrathes ausgezeichnet wurde. Redner beglückwünscht denselben im Namen der Kammer, welche sich zur Ehrung des Genannten von den Sitzen erhebt.

Dr. Brauser übergiebt hierauf der Aerztekammer einen von ihm verfassten historischen Rückblick auf die 25jährige Thätigkeit der oberpfälzischen Aerztekammer, welche mit dem Jahre 1896 ihren Abschluss gefunden, und ersucht, diese Arbeit dem Protokoll der heutigen Sitzung einverleiben zu dürfen, damit dieselbe allen bisher an den Arbeiten der Aerztekammer Betheiligten eine angenehme, befriedigende Rückerinnerung, den künftigen Theilnehmern jedoch werthvolle Anhaltspunkte für die weiteren Arbeiten bieten könne. Diesem Wunsche wird Zusage ertheilt und übergiebt der Verfasser ein Exemplar seiner Schrift der kgl. Regierung zur geneigten Kenntnissnahme. (Beilage 1.)

Uebergehend zur Tagesordnung legt der Vorsitzende die Rechnungsablage für das Geschäftsjahr 1896/97 vor, welche mit einem zu deckenden Passivreste von ℳ 157,16 abschliesst. Die Rechnung sammt Belegen wird von der Kammer geprüft und anerkannt. Es wird beschlossen, pro Kopf des Vereinsmitgliedes einen Beitrag von einer Mark zwanzig Pfennigen zu erheben und werden die einzelnen Vereine noch specielle Mittheilung über die zu leistenden Beträge erhalten.

Der hierauf erstattete Bericht der einzelnen Delegirten über ihre Vereine ergibt Folgendes:

Bezirksverein Amberg. Vorsitzender Medicinalrath Dr. Schmelcher-Amberg, Schriftführer und Kassier Dr. Nürbauer-Amberg, Mitgliederzahl 20. Es wurden vier Versammlungen abgehalten, mehrfach wissenschaftliche Vorträge, namentlich in augenärztlicher Beziehung, gehalten, über ärztliche Standesinteressen verhandelt, die Röntgen-Strahlen demonstrirt und eine neue Desinfectionslampe mit Formalin vorgezeigt. Die Versammlungen waren sehr zahlreich besucht und es ist mit Freude zu begrüssen, dass sämmtliche Militärärzte Ambergs und Sulzbachs Mitglieder des Vereines sind.

Bezirksverein östliche Oberpfalz. Vorsitzender Dr. Klemz-Nittenau, Schriftführer Dr. Mayr-Bodenwöhr, Kassier Dr. Bayrel-Cham. Mitgliederzahl 16. Dr. Schneller-Waldmünchen hat wegen Wohnsitzveränderung Ende vorigen Jahres und Bezirksarzt Dr. Müller-Waldmünchen wegen Versetzung Anfang dieses Jahres seinen Austritt erklärt. Neuaufgenommen wurden Bezirksarzt Dr. Krauss-Waldmünchen und Dr. Frank-Rötz. Es wurden zwei Vereinsversammlungen abgehalten, die ziemlich gut besucht waren. In der Frühjahrsversammlung in Cham hielt Dr. Obmann-Furth einen Vortrag über den Werth der Bacteriologie für die ärztliche Praxis mit mikroskopischen Demonstrationen. Die Herbstversammlung in Bodenwöhr war der Besprechung von Standesangelegenheiten gewidmet, besonders des Entwurfes zu einem Gesetze: „Die ärztlichen Bezirksvereine in Bayern" betr., von Dr. Dörfler-Weissenburg

Bezirksverein westliche Oberpfalz. Vorsitzender Bezirksarzt Dr. Thenn-Beilngries, Schriftführer und Kassier Dr. Preuss-Pyrbaum. Mitgliederzahl 13. Der langjährige Schriftführer und Kassier Dr. Krauss-Neumarkt wurde im Lauf des Jahres zum k. Bezirksarzt in Waldmünchen ernannt, Dr. Benedict-Sulzbürg starb im Mai 1897. Es wurden zwei Vereinsversammlungen abgehalten. Grössere Referate erstatteten Dr. Englberger-Berching: über neuere Antipyretica als Fortsetzung seines bereits im vorigen Jahre gehaltenen Vortrages, dann Dr. Spörl-Neumarkt: über das Verhältniss der Hydrotherapie zur allgemeinen Therapie. Ausserdem wurden verschiedene interessante Fälle aus der Praxis mitgetheilt und besprochen und über einige Standesangelegenheiten, insbesondere den Dörflerschen Entwurf einer Ehrengerichtsordnung berathen.

Bezirksverein Regensburg und Umgebung. Vorsitzende, Medicinalrath Dr. Hofmann, Schriftführer Dr. Lammert, Kassier Dr Fritz Popp-Regensburg. Mitgliederzahl 54. Hofrath Dr. Brauser, welcher während 25 Jahren Schriftführer war und dieses Amt in der erspriesslichsten und hingebendsten Weise geführt hatte, musste Anfangs 1897 aus Gesundheitsrücksichten von dieser Thätigkeit zurücktreten. Als Zeichen des herzlichsten Dankes des ärztlichen Bezirksvereines wurde demselben eine künstlerisch ausgestattete Adresse überreicht. Bis jetzt haben vier Vereinsversammlungen stattgefunden. Hofrath Dr. Brauser legte eine sehr interessante Arbeit: „Rückblick auf 25 Vereinsjahre 1872—1896" vor Ferner wurde besprochen der Entwurf zu einem Gesetz, die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Bayern betreffend, zugleich mit einem Entwurf einer Ehrengerichtsordnung, von Dr. Dörfler-Weissenburg. Alsdann fanden eingehende Berathungen statt über die Thesen von Lent-Köln zum XXV. deutschen Aerztetag über das Ausscheiden der Aerzte aus der Gewerbeordnung. Ferner wurde Bericht erstattet über die Verhandlungen des Aerztetages, sodann die Gründung eines Rechtsschutzvereines für die hiesigen Aerzte auf die Tagesordnung der nächsten Vereinsversammlung gesetzt. In jeder Versammlung wurden interessante Fälle aus der Praxis mitgetheilt. Der XI. oberpfälzische Aerztetag fand am 13. Oktober dahier statt; das Protokoll desselben erscheint in nächster Zeit.

Bezirksverein Weiden. Der ärztliche Bezirksverein Weiden umfasst den Landgerichtssprengel Weiden und sind fast alle innerhalb desselben befindlichen Aerzte Mitglieder des Vereines. Der Verein zählt 28 Mitglieder. Vorsitzender Hofrath Dr. Reinhard, Kassier und Schriftführer Dr. Waller. Delegirte zur Aerztekammer Dr. Reinhard und Dr. Schwink-Erbendorf, Ersatzmänner Dr. Bredauer und Dr. Waller. Schiedsrichter Dr. Bredauer, Dr. Wolpert. Die Frage der Schaffung einer Standesordnung wurde in mehreren Sitzungen eingehend erörtert, den Lent'schen Thesen wurde zugestimmt, der von Südfranken vorgelegte Entwurf fand eingehende Besprechung ohne Beschlussfassung, die man der Berathung der Aerztekammer überliess. In den Versammlungen, deren 3 stattfanden, war reges Leben. Vorstellungen von Kranken, Operirten etc. wechselten mit interessanten Krankengeschichten, an die sich stets eine lebhafte Debatte knüpfte. Vorträge über Tagesfragen fanden mehrere statt. Die Betheiligung war in Anbetracht der sehr weiten Entfernungen mehrerer Collegen eine gute zu nennen; in der 1. Versammlung waren 10, in der 2. 11, in der 3. 11 Mitglieder anwesend.

Der Vorsitzende ersucht sodann den zweiten Vorsitzenden, die Allerhöchste Verbescheidung des k. Staatsministerium des Innern vom 17. Juli 1897, die Verhandlungen der Aerztekammern vom Jahre 1896 betreffend, zur Verlesung zu bringen. Nachdem Vorlagen der k. Staatsregierung für die diesjährigen Aerztekammern nicht gemacht wurden, knüpfen sich die weiteren Verhandlungen der diesjährigen Aerztekammer an die Punkte 2, 3 und 5 jener Allerhöchsten Verbescheidung, worüber der Vorsitzende eingehend berichtet.

I. Gemeinsame Standesordnung für die bayerischen Aerzte.

Bereits durch die Ziffer 2 der Allerhöchsten Verbescheidung auf die Anträge der Aerztekammern vom Jahre 1895, Ministerialentschliessung vom 18. Juli 1896, war den Aerztekammern vom Jahre 1896 Seitens der k. Staatsregierung der Auftrag ertheilt worden, „sich mit der Berathung eines entsprechenden Entwurfes zu beschäftigen, welcher sodann der Einvernahme des erweiterten Obermedicinalausschusses unterbreitet werden wird".

Die vorjährigen Aerztekammern haben sich eingehend mit der Frage der Aufstellung einer gemeinsamen Standesordnung für die bayerischen Aerzte beschäftigt, und sind übereinstimmend zu der Ueberzeugung gelangt, dass vor Aufstellung einer für alle bayerischen Aerzte giltigen Standesordnung die principielle Frage entschieden werden müsse, in welcher gesetzlichen Form eine solche Standesordnung auf alle, auch die den Vereinen nicht angehörigen Aerzte des Königreiches ausgedehnt und wirksam gemacht werden könne. Die vorjährigen Aerztekammern haben deshalb übereinstimmend den Beschluss gefasst, vorerst von der Aufstellung einer Standesordnung Umgang zu nehmen, dagegen die k. Staatsregierung zu ersuchen, in erster Linie jene principielle Frage zu entscheiden, wie diese zu schaffende gemeinsame Standesordnung auf alle Aerzte Bayerns wirksam gemacht werden könne. Hierauf erfolgte durch Ziffer 2 der Allerhöchsten Verbescheidung vom 17. Juli 1897 die wiederholte Aufforderung an die Aerztekammern, vorerst den Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung in Vorlage zu bringen, um je nach dem Inhalte derselben bemessen zu können, ob und inwieweit die bestehende Gesetzgebung ausreiche oder einer Ergänzung bedürfe.

Durch diese Ministerialentschliessung waren die diesjährigen Aerztekammern in die Nothwendigkeit versetzt, ohne Rücksicht auf die vorherige Lösung jener principiellen Frage, den Entwurf einer Standesordnung in Vorlage zu bringen. Dies ist geschehen, indem den diesjährigen Aerztekammern ein von einigen Collegen gefertigter Entwurf vorgelegt worden ist, welcher nun der Berathung unterzogen wird. Die oberpfälzische Aerztekammer geht nach

diesen Vorbemerkungen ihres Vorsitzenden zur Berathung der einzelnen Punkte des Entwurfes über und wird hierüber Folgendes constatirt.

ad 2. Nachdem bezweifelt wird, ob es möglich ist, Aerzte, welche nicht auf wissenschaftlicher Grundlage stehen, z. B. Homöopathen, deshalb zur Strafe zu ziehen, wird die beantragte Streichung dieser Ziffer zum Beschluss erhoben.

ad 8 wird beschlossen statt „genügend“ zu setzen „entsprechend“ und den zweiten Satz „Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben“ zu streichen, da besonders in kleineren Städten Specialisten zwar sehr wünschbar sind, aber ohne andere Praxis nicht existiren können.

ad 24 wird der Zusatz beschlossen: „Amtliche Thätigkeit ist selbstverständlich davon ausgeschlossen.“

ad 25 wird folgende Lesart beschlossen: „Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der auf dem Boden wissenschaftlicher Heilkunde steht.“

ad 34 wird der Zusatz beschlossen: „Nothfälle sind ausgenommen“.

ad 36 wird beschlossen, nach dem Worte „dem Bezirksverein“ beizusetzen: „event. der Aerztekammer“.

43 und 45 werden zu streichen beschlossen, dagegen 44 in der Weise abgeändert, dass der erste Satz lautet: „Bei Erkrankung oder Abwesenheit bleibt“ etc.

Die Aerztekammer beschliesst, den mit vorstehenden Veränderungen versehenen Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung der kgl. Staatsregierung in Vorlage zu bringen, zugleich aber die vorjährige Bitte zu wiederholen: „Kgl. Staatsregierung wolle entweder, wie dies bereits im Königreich Sachsen durchgeführt ist, landesgesetzlich den Beitritt zu den ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch machen, oder sonst auf gesetzlichem Wege Vorkehrung treffen, vielleicht auf dem Wege einer bayerischen Aerzteordnung, dass sämmtliche bayerischen Aerzte den Bestimmungen einer gemeinsamen Standesordnung unterworfen seien, und hiebei die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch nehmen“.

Die Aerztekammer spricht nach längerer Discussion die Ueberzeugung aus, dass sie gegenüber dem obligatorischen Beitritt zu den Vereinen den gegenwärtigen Modus der preussischen Organisation für den besseren halte.

Die weiteren, im Anschluss an die Besprechung einer Standesordnung von der Nürnberger Versammlung der Vorsitzenden der Aerztekammern vereinbarten Punkte betr. eines gleichzeitigen Erlasses einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren hält die Aerztekammer für verfrüht, solange nicht seitens der kgl. Staatsregierung die obige principielle Frage der Ausdehnung der Disciplinargewalt auf alle Aerzte auf gesetzlichem Wege geregelt ist.

Dagegen stellt die Aerztekammer an die kgl. Staatsregierung die Bitte: „Die weiteren Berathungen über die in dieser Sache gestellten Anträge in den verstärkten Obermedicinal-Ausschuss zu verlegen, damit durch die Delegirten die Anschauungen der Aerztekammern mündlich vertreten und sachdienliche Erläuterungen gegeben werden können.“

II. Revision der ärztlichen Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis vom 18. December 1875.

Der Vorsitzende erinnert daran, dass schon bei den vorjährigen Verhandlungen der Aerztekammern drei derselben den Antrag auf eine Revision der Gebührenordnung gestellt haben und dass die kgl. Staatsregierung in ihrer Antwort hierauf weiteren Vorlagen entgegenzusehen erklärt. Mit Rücksicht hierauf habe Referent in Nummer 26 der Münchener medicinischen Wochenschrift die Nothwendigkeit einer solchen Revision nachzuweisen versucht und zugleich auf die erst mit dem Jahre 1897 in Kraft getretene neue preussische Gebührenordnung hingewiesen, welche für eine Revision die beste Unterlage bieten dürfte. Die Nothwendigkeit einer Revision wird von der Kammer einstimmig anerkannt und in Folge dessen beschlossen, dem Vorschlage der Besprechung der Kammervorsitzenden in Nürnberg entsprechend, an die kgl. Staatsregierung den Antrag zu stellen:

„Kgl. Staatsregierung wolle eine Revision der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 18. Dezember 1875, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betreffend, vornehmen, hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen und bei Durchführung der Revision die ärztliche Standesvertretung beiziehen“.

III. Gewerbeordnung und Kurpfuscherei.

Die kgl. Staatsregierung hat mit Entschliessung vom 12. Juli 1897 den Antrag der oberpfälzischen Aerztekammer,

„die kgl. Staatsregierung wolle dahin wirken, dass von Reichswegen alle Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde aus der Gewerbeordnung entfernt, dass dieselben in einer deutschen Aerzteordnung vereinigt werden, dass die Ausübung der Heilkunde von dem Nachweise der Befähigung abhängig gemacht und das Kurpfuscherei-Verbot wieder eingeführt werde“,

dahin beantwortet, dass zunächst weitere Erwägung vorbehalten werde, umsomehr als ohnehin noch nicht sämmtliche Aerztekammern zu den einschlägigen Fragen Stellung genommen haben.

Nachdem mittlerweile der XXV. deutsche Aerztetag, an welchem sich auch zwölf Vertreter bayerischer Vereine betheiligten, mit überwältigender Mehrheit die Lent'schen Thesen angenommen hat, welche sich ganz entschieden in dem gleichen Sinne wie unser obiger Antrag aussprechen, beschliesst die Aerztekammer, diesen ihren Antrag zu wiederholen und dabei auszusprechen, dass sie sich voll und ganz den Lent'schen Thesen anschliesse, welche folgenden Wortlaut haben:

1. Die Freigabe der Ausübung der Heilkunde hat das öffentliche Wohl direct und indirect und das Ansehen der Aerzte schwer geschädigt.
2. Die Voraussetzungen, unter denen die Ausübung der Heilkunde durch die Reichsgewerbeordnung freigegeben wurde, haben sich nicht erfüllt, weil die Unterscheidung zwischen Arzt und Kurpfuscher (§ 29) vom Volke nicht verstanden wird, weil die Kurpfuscherei an Umfang erheblich zugenommen hat, weil die Bestrafung der Kurpfuscherei für angestifteten Schaden nur selten erfolgt.
3. Die Kurpfuscherei, welche im Umherziehen vom Reichstage (Gesetz vom 1. Juli 1893) schon wieder verboten wurde, ist wieder unter Strafe zu stellen.
4. Die Ausübung der Heilkunde ist den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung (§ 6 etc.) zu entziehen und durch eine deutsche Aerzteordnung zu regeln.
5. Voraussetzung ist, dass die Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung, die Freizügigkeit und die freie Vereinbarung des Honorars gewährleistet bleiben.

Anträge der einzelnen Delegirten.

Nachdem der Vorsitzende die Delegirten eingeladen hatte, die Anträge ihrer Vereine vorzubringen, stellt

Dr. Schmelcher für den Bezirksverein Amberg den Antrag, k. Staatsregierung zu ersuchen, zu bestimmen, dass in Bezug auf die Honorirung der für Rentenbewerber der Invaliditäts- und Altersversicherung ausgestellten ärztlichen Zeugnisse die gleiche Behandlung bei allen bayerischen Versicherungsanstalten anzuwenden sei. Antragsteller weist darauf hin, dass mehrere bayerische Versicherungsanstalten diese ärztlichen Zeugnisse ausnahmslos honoriren, während die Versicherungsanstalt der Oberpfalz die Bezahlung dieser Zeugnisse verweigere und die Aerzte an die Rentenbewerber verweise. Nach kurzer Discussion wird dieser Antrag angenommen.

Dr. Klemz stellt im Auftrage des Bezirksvereins der östlichen Oberpfalz den Antrag, die gesetzlich vorgeschriebene Behandlung der Armen durch die k. Bezirksärzte wolle künftig auf die conscribirten Armen beschränkt werden. Nachdem in der Discussion darauf hingewiesen wurde, dass die meisten grösseren Orte eigene bezahlte Armenärzte aufgestellt hätten und eine Abhülfe für die Belastung der k. Bezirksärzte durch die Verwaltungsbehörden erreicht werden könne, zieht Antragsteller seinen Antrag vorerst zurück.

Nachdem weitere Anträge nicht gestellt wurden, schreitet die Kammer zur Wahl des Schiedsgerichtes nach § 7 der k. Allerh. Verordnung vom 7. Dezember 1883 und wählt die vorjährigen Mitglieder: Dr. Eser, Klemz, Reinhard, Schmelcher, Thenn wieder.

Ebenso wird die Commission zur Entscheidung von Beschwerden nach § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 wiedergewählt, bestehend aus dem Vorsitzenden des ständigen Kammerausschusses und zwei Beisitzern Dr. Eser und Dr. Reinhard; als Stellvertreter werden Dr. Schmelcher und Dr. Thenn bestimmt.

Als Abgeordneter zur Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses wird Dr. Brauser, als Ersatzmann Dr. Reinhard gewählt, und erklären die Annahme der Wahl.

Der Vorsitzende erinnert hierauf die Delegirten an die im Auftrage des Vorsitzenden der verstärkten Abtheilung für Lazarethangelegenheiten, Obermedicinalrath Dr. Grashey, unterm 21. September an die Vorsitzenden der ärztlichen Bezirksvereine übersendeten Fragebögen, betreffend die Bereitstellungsvorarbeiten der freiwilligen Krankenpflege im Königreiche Bayern, für deren Einlieferung nach der Centralstelle der 30. Oktober festgesetzt war. Nachdem noch zwei Bezirksvereine im Rückstand sind, ersucht der Vorsitzende um die Zusendung der betreffenden Bögen.

Nachdem die Tagesordnung erschöpft war, lud der Vorsitzende den k. Regierungscommissär zu Mittheilungen aus dem Sanitätsbericht des Jahres 1896 ein. Derselbe beschränkte sich darauf, die Tabellen der Bevölkerungsstatistik in Vorlage zu bringen, welche ein auffallend günstiges Verhältniss sowohl der Geburten wie der Sterbefälle aufwiesen, so dass das Jahr 1896 einen Geburtsüberschuss zeigte, höher als seit vielen Jahren vorher.

Der k. Regierungscommissär sprach hierauf noch über die beabsichtigte Einleitung der Fäcalien der Stadt Regensburg in die Donau, welche Frage gegenwärtig die einschlägigen Instanzen beschäftigt. Redner betont, dass er diese Einleitung Angesichts der grossen Wassermasse der Donau, gegen welche die einzu-

leitenden Flüssigkeiten in ganz minimalem Verhältnisse stehen, dann des raschen Laufes und starken Gefälles für ganz unschädlich für die Gesundheit der Strandbewohner erklären müsse, und ersuchte die Aerztekammer, ihm ihre Anschauung über diese Frage kundzugeben. Die Anwesenden erklären sich nach kurzer Besprechung der Sachlage mit der Ansicht des Berichterstatters vollkommen einverstanden.

In gleicher Weise bringt der k. Regierungscommissär seine Anschauungen über den Schulschluss bei ansteckenden Krankheiten, speciell bei Masern, zur Mittheilung und stimmt die Aerztekammer denselben bei.

Der Vorsitzende dankt dem k. Regierungscommissär sowohl für diese Mittheilungen, als überhaupt für seine rege Theilnahme an den heutigen Verhandlungen, wodurch dieselben so wesentlich gefördert wurden, dankt auch den Delegirten für ihre lebhafte Antheilnahme an den Arbeiten der heutigen Aerztekammer und erklärt hierauf die Sitzung für geschlossen.

Dr. Schmelcher spricht dem Vorsitzenden den Dank der Aerztekammer für die umsichtige Leitung der Verhandlungen sowohl wie für seine unermüdlichen Arbeiten für das Interesse des ärztlichen Standes aus, worauf die Sitzung um $1^1/_2$ Uhr geschlossen wird.

Der Vorsitzende: gez. Dr. Brauser. Der Schriftführer: gez. Dr. Eser.

Anhang.

Die oberpfälzische Aerztekammer.

1872—1896.

Von deren Vorsitzendem Hofrath Dr. Brauser.

Als im Jahre 1896 der Vorsitzende die 25. Sitzung der oberpfälzischen Aerztekammer schloss, erinnerte er daran, dass die für die Hebung des ärztlichen Standes in Bayern so wohlthätige staatliche Organisation, die Bildung von Bezirksvereinen und Aerztekammern, aus eigener Initiative der k. Staatsregierung durch die k. Allerhöchste Verordnung vom 10. August 1871 hervorgegangen sei, und ersuchte den k. Regierungscommissär, der k. Staatsregierung den Dank der Kammer für jene gesetzgeberische Massregel zum Ausdruck bringen zu wollen.

Im Anschluss an jene Schlussworte bei der 25. Tagung der oberpfälzischen Aerztekammer möchte der Vorsitzende in Nachstehendem versuchen, einen kurzen historischen Ueberblick über die Thätigkeit der Kammer in den ersten 25 Jahren ihres Bestehens zu geben, und demselben einige statistische Thatsachen vorauszuschicken.

Am 10. August 1872 trat die oberpfälzische Aerztekammer zum erstenmal zusammen. In allen folgenden Jahren fand die Sitzung im Oktober statt.

Die erste Tagung im Jahre 1872 erforderte 4 Sitzungen an zwei Tagen, die zweite 1873 drei Sitzungen an zwei Tagen, die neunte 1880 zwei Sitzungen, alle anderen nur eine Sitzung.

Auf Grund der Allerhöchsten Verordnung vom 10. August 1871 hatten sich anfänglich drei Bezirksvereine in Amberg, Regensburg und Weiden gebildet, welche 1872 durch 5 Delegirte vertreten waren. 1873 trat ein vierter Bezirksverein für die östliche Oberpfalz mit dem Sitze in Roding hinzu, der sich hauptsächlich aus Mitgliedern des Bezirksvereins Amberg rekrutirte, wesshalb die Delegirtenzahl die gleiche blieb. Erst im Jahre 1882 hatte sich ein fünfter Bezirksverein mit dem Sitze in Neumarkt für die westliche Oberpfalz gebildet, und stieg die Zahl der Delegirten von da an auf 6, im Jahre 1894 auf 7, nachdem der Bezirksverein Weiden die Zahl von 25 Mitgliedern überschritten hatte und deshalb zwei Delegirte abordnen konnte.

Die Mitgliederzahl der in den 25 Aerztekammersitzungen vertretenen Bezirksvereine ist von 96 im Jahre 1872 auf 122 im Jahre 1896 gestiegen, so dass jetzt 78,8 Proc. der oberpfälzischen Aerzte den Bezirksvereinen angehören.

Als Regierungscommissär fungirte von 1872—1880 der nun verlebte Obermedicinalrath Dr. Hasselwander, von 1881 bis 1896 unser geehrter Medicinalrath Dr. Hofmann, mit Ausnahme des Jahres 1884, in welchem derselbe ortsabwesend war und durch den jetzt verstorbenen Regierungsrath Schuster vertreten wurde.

In den 25 Jahren haben 35 Delegirte die Vereine vertreten, von welchen wir leider schon eine grosse Anzahl, 9, als nicht mehr am Leben befindlich, beklagen müssen. Es sind dies:

Dr. Mayer, k. Bezirksarzt in Amberg.
Dr. Rues, k. Landgerichtsarzt und Medicinalrath in Amberg.
Dr. Zierl, k. Bezirksarzt in Roding.
Dr. Progel, k. Bezirksarzt in Waldmünchen.
Dr. Bayerl, k. Bezirksarzt in Cham.
Dr. Schwenninger, k. Bezirksarzt in Neumarkt.
Dr. Popp, praktischer Arzt in Regensburg.
Dr. Brenner-Schäffer, k. Bezirksarzt und Medicinalrath in Regensburg.
Dr. Arbeiter, k. Landgerichtsarzt in Weiden.

Ihnen Allen weihen wir ein dankbares Gedenken und werden ihre Leistungen in ehrendem Gedächtniss behalten.

Von den 35 Delegirten waren bei den einzelnen Kammersitzungen anwesend: 22mal Dr. Brauser, 12mal Dr. Reinhard, 11mal Dr. Arbeiter, 8mal Dr. Eser und Dr. Rues, 6mal Dr. Bredauer sen., Dr. Bredauer jun. und Dr. Müller, 5mal Dr. Brenner-Schäffer, Dr. Rehm, Dr. Schmelcher und Dr. Thenn, 4mal Dr. Mayer, Dr. Vierling, Dr. Maurer und Dr. Klemz, 3mal Dr. Popp, 2mal Dr. Andraeas, Dr. Henke, Dr. Herrich-Schäffer, Dr. Raab, Dr. Schwenninger und Dr. Zierl, 1mal Dr. Auer, Dr. Bayerl, Dr. Bertram, Dr. Brunhuber, Dr. Fürnrohr, Dr. Grundler, Dr. Herrmann, Dr. Ochsenkühn, Dr. Progel, Dr. Roth, Dr. Rüth und Dr. Schwink.

Von den in den ersten Jahren aktiven Kammermitgliedern waren im Jahre 1896 noch Dr. Brauser und Dr. Schmelcher anwesend.

Das Alterspräsidium wurde versehen 7mal von Dr. Brauser, 6mal von Dr. Bredauer, 3mal von Dr Popp, 2mal von Dr. Arbeiter, Dr. Raab, Dr. Rehm, 1mal von Dr. Andraeas, Dr. Mayer, Dr. Schwenninger.

Den Vorsitz in der Aerztekammer führte 12mal Dr. Brauser, 11mal Dr. Arbeiter, 1mal Dr. Rehm, Dr. Reinhard.

Stellvertretender Vorsitzender war 5mal Dr. Brenner-Schäffer, 4mal Dr. Rehm, 3mal Dr. Popp, Dr. Reinhard, Dr. Schmelcher, 1mal Dr. Henke, Dr. Müller, Dr. Raab, Dr. Rues, Dr. Rott, Dr. Schwenninger, Dr. Thenn.

Schriftführer war 10mal Dr. Brauser, 7mal Dr. Reinhard, 4mal Dr. Eser, 2mal Dr. Herrich-Schäffer, 1mal Dr. Schmelcher, Dr. Vierling.

Abgeordneter zu den Sitzungen des erweiterten Obermedicinalausschusses war 11mal Dr. Arbeiter und Dr. Brauser, 1mal Dr. Mayer, Dr. Rehm, Dr. Reinhard.

Ersatzmänner für denselben 8mal Dr. Rehm, 7mal Dr. Rues, 5mal Dr. Brauser, 3mal Dr. Reinhard, 1mal Dr. Popp.

Gehen wir nach dieser statistischen Uebersicht zu den Arbeiten der Aerztekammer, in den 25 Jahren ihres Bestehens über, so lässt sich hierüber Folgendes constatiren:

Seitens der k. Staatsregierung waren den Aerztekammern im Laufe der 25 Jahre 11 grössere Vorlagen gemacht und von diesen erledigt worden:

Die Verabfassung einer Geschäftsordnung war die erste den Kammern gestellte Aufgabe. Sie wurde 1872 fertig gestellt, 1873 dadurch erweitert, dass ein ständiger Ausschuss gebildet wurde; 1895 wurde eine gemeinsame Geschäftsordnung für alle acht Kammern berathen und 1896 definitiv angenommen.

Die von der oberpfälzischen Kammer 1872 beantragte Revision der Medicinaltaxe wurde 1873 im Auftrage der k. Staatsregierung von allen Kammern vollzogen und datirt von jenem Jahre unsere jetzige Gebührenordnung. Die nächsten Aerztekammern werden sich wiederholt mit dem Antrage auf Revision der in den 25 Jahren allerdings wieder sehr der Verbesserung und zeitgemässen Umgestaltung bedürftigen Gebührenordnung beschäftigen.

1878 wurde die polizeiliche Ueberwachung und Prophylaxe der Trichinose den Kammern zur Begutachtung vorgelegt.

1884 wurde die Leichenschauordnung einer Revision unterzogen, nachdem mehrfache Anträge auf Erhöhung der Gebühren, Beschränkung der Leichenschau auf die Aerzte u. a. Seitens der Kammer beantragt worden war.

Die Anzeigepflicht der Aerzte bei ansteckenden Krankheiten beschäftigte im gleichen Jahre die Aerztekammern und im Jahre darauf die Frage der Ansteckungsmöglichkeit durch gesunde dritte Personen, worüber eine Sammelforschung beschlossen wurde.

Sehr interessant waren die von der k. Staatsregierung in Anregung gebrachten Verhandlungen über die Prophylaxe der Tuberculose in den Jahren 1889 und 1892, welche gewiss auch zu der bald darauf beginnenden Bewegung zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke den Anlass gegeben haben.

1891 wurde von der k. Staatsregierung die Bildung von Obergutachter-Collegien bei den Berufsgenossenschaften in Anregung gebracht, und in den nächsten Jahren durch regelmässige Wahlen der Aerztekammer realisirt.

1894 ordnete die k. Staatsregierung eine Revision der k. Allerhöchsten Verordnung vom 10. August 1871 an, nachdem das Bedürfniss nach mehrfachen Abänderungen der die ärztliche Vereinsorganisation betreffenden Bestimmungen Seitens der Aerztekammern festgestellt worden war. Die betreffenden Verhandlungen ergaben als Endresultat die k. Allerhöchste Verordnung vom 9. Juli 1895, welche jedoch demnächst wieder eine Abänderung erfahren wird, dahingehend, dass die den ärztlichen Bezirksvereinen bisher nur über ihre Mitglieder eingeräumte Disciplinarbefugniss auf alle Aerzte ausgedehnt werden soll.

Im Anschluss hieran wurde den Aerztekammern der Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung zur Aufgabe gemacht, welche Aufgabe ihre endgiltige Lösung in diesem Jahre finden dürfte.

1896 wurde den Aerztekammern der Entwurf einer neuen Prüfungsordnung der Mediciner für das ganze Reich in Vorlage gebracht und zugleich die Frage gestellt, ob zum Studium der Medicin künftig auch die Absolventen der Realgymnasien zuzulassen seien. Beide Gegenstände wurden von den Aerztekammern in eingehendster Weise durchberathen, letztere Frage von allen acht Kammern verneint.

Zu den Vorlagen der k. Staatsregierung müssen wir auch die seit dem Jahre 1881 auf Anordnung des k. Staatsministeriums durch die k. Medicinalräthe erstatteten Jahresberichte über die Gesundheitsverhältnisse ihrer Regierungsbezirke rechnen, welche in ihrer Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit ein klares Bild aller einschlägigen Verhältnisse der Bevölkerung lieferten und zu häufigen Besprechungen und Beschlüssen Anregung gaben.

Soweit waren die Berathungsgegenstände unserer und der übrigen bayerischen Aerztekammern durch Vorlagen der k. Staatsregierung veranlasst.

Eine grosse Zahl von Anregungen aus allen Regionen des ärztlichen Berufs- und Standeslebens ging aus der eigenen Initiative der Kammern hervor und hat in dieser Beziehung unsere oberpfälzische Kammer namentlich in den ersten Jahren eine ausserordentliche Produktivität entwickelt. Die k. Staatsregierung wurde in den Jahren 1872 und 1873 mit einer solchen Fluth von theilweise sehr berechtigten Wünschen und Anträgen überschüttet, die Folge der langen Zurückhaltung, dass sie sich genöthigt sah, die Kammer in ihrer Verbescheidung zu ermahnen, die Zahl der Anträge zu beschränken, dagegen die eingebrachten Anträge mit besseren Motiven zu versehen.

Es würde den Raum dieses Berichtes weit übersteigen, wenn ich alle in den 25 Jahren gestellten Anträge und vorgetragenen Wünsche aufzählen wollte; es waren im Ganzen 204 Berathungsgegenstände, welche in den 25 Tagungen der oberpfälzischen Kammer erledigt wurden. Ich will dieselben nur gruppenweise aufführen und zeigen, dass alle Gebiete des ärztlichen Standeslebens, der staatlichen Organisation des Medicinalwesens, der Gesundheitspflege und Sanitätspolizei nach den verschiedensten Richtungen zur Erörterung gelangten.

Am zahlreichsten waren die Anträge, welche sich auf die socialen, beruflichen und finanziellen Verhältnisse des ärztlichen Standes bezogen. Da war es namentlich die Stellung und Honorirung der amtlichen Aerzte, welche vielfach zu Verbesserungsanträgen Veranlassung gab. Schon im Jahre 1872 wurde die nun längst eingeführte Trennung der Justiz von der Verwaltung in Anregung gebracht. Die Bezahlung der amtlichen Aerzte ist zwar wesentlich verbessert worden, hat aber noch nicht die wünschbare Gleichstellung mit den parallelen Beamtenkategorien erreicht. Die Aufhebung der Bezirksarztstellen zweiter Classe hat die Anstellungsmöglichkeit der Aerzte wesentlich verschlechtert. Die Qualifikation derjenigen praktischen Aerzte, welche nicht auf Staatsdienst reflektiren und das Physikatsexamen nicht gemacht haben, ist weggefallen. Die Armenbehandlung durch die amtlichen Aerzte, das Zeugnisswesen, die Jahresberichte der Aerzte und der Termin ihrer Einlieferung gaben mehrfach Anlass zu Abänderungsanträgen.

Im Jahre 1886 wurde zu der durch die Reichsgewerbeordnung eingeführten Aberkennung der Approbation die Theilnahme der ärztlichen Standesvertretung angeordnet, und finden alljährlich bei den Aerztekammern die Wahlen von Mitgliedern eines zuständigen Schiedsgerichtes statt

Die Aufstellung von Physikatsassistenten und von Kreis-Chemikern wurde, bisher vergeblich, beantragt.

Zu den Finanzfragen gehören noch die allerdings vergeblich gestellten Anträge auf Portofreiheit der Aerzte im Verkehr mit Behörden, auf Uebernahme der Kosten der ärztlichen Standesvertretung, namentlich der Abordnung zu den Sitzungen des erweiterten Obermedicinalausschusses auf die Staatskasse.

Im Anschluss an die durch die Reichsgewerbeordnung veränderte Stellung der Aerzte wurde für dieselben in erster Reihe Dispensirfreiheit als logische Folge gefordert, dann Gleichstellung der allopathischen mit den homöopathischen Aerzten in Bezug auf Verabreichung von Medicamenten. Letztere Forderung wurde auf dem Verordnungswege geregelt.

Die gesetzliche Organisation der ärztlichen Standesvertretung, wie sie durch die k. Allerhöchste Verordnung vom 10. August 1871 geschaffen wurde, gab zu mehrfachen Anträgen Anlass. In den ersten Jahren wurde von unserer und den meisten anderen Kammern die Vereinigung aller acht Kammern in Eine angestrebt, welchem Verlangen die k. Staatsregierung nicht entsprach. Dann wurde bei jeder Kammer ein ständiger Ausschuss niedergesetzt, um die Verbindung der Bezirksvereine untereinander sowie der Kammern und dieser mit der k. Staatsregierung zu regeln. Dieses von den Kammern selbständig eingeführte Organ wurde in der Folge von der k. Staatsregierung als gesetzlich bestehende Instanz anerkannt.

Die frühzeitige Verbescheidung der Aerztekammeranträge, die rechtzeitige Mittheilung der Vorlagen der k. Staatsregierung an die Kammer etc. wurde mehrfach in Anregung gebracht.

Im Jahre 1895 wurde auf Anregung aller Aerztekammern die Allerhöchste Verordnung vom 10. August 1871, die Bildung von Aerztekammern und Bezirksvereinen betreffend, einer Revision unterzogen und dahin abgeändert, dass den Vereinen die Competenz zugesprochen wurde, unwürdigen Collegen den Beitritt zu den Vereinen zu verweigern, was nach den früheren Bestimmungen nur unter ganz beschränkten Eventualitäten, Ehrverlust, Concurs, möglich war.

Diese und einige andere veränderte Bestimmungen wurden in der Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 gesetzlich festgestellt. In den Kammern vom Jahre 1896 wurde bereits wieder das Bedürfniss nach einer Abänderung dieser gesetzlichen Bestimmungen zum Ausdruck gebracht, dahingehend, dass die Disciplinarbefugnisse der Vereine, welche bisher nur für die Vereinsmitglieder Geltung hatten, auch auf die ausserhalb der Vereine stehenden Aerzte ausgedehnt werden. Der Modus, unter welchem dies zu bethätigen sein wird, wird die diesjährigen Aerztekammern beschäftigen, nachdem dieselben den Auftrag erhalten haben, der k. Staatsregierung eine für alle bayerischen Aerzte gemeinsame Standesordnung in Vorlage zu bringen.

Der Erlass der Reichsgewerbeordnung vom Jahre 1869 und deren in Bayern 1872 erfolgte Einführung hat speziell unsere oberpfälzische Aerztekammer schon gleich in den ersten Jahren zu einer Reihe von Kundgebungen, Erklärungen und Anträgen veranlasst, welche stets in dem dringenden Verlangen gipfelten, die Heilkunde wieder aus der Reihe der freien Gewerbe ausgeschieden, dagegen das durch die Reichsgewerbeordnung aufgehobene Curpfuschereiverbot wieder eingeführt zu sehen. Diese Bestrebungen haben zwar bis jetzt keinen positiven Erfolg gehabt; doch hat sich die Bewegung gegen die Reichsgewerbeordnung durch jahrelange Arbeiten allmählich auf den grössten Theil der deutschen Aerzte verbreitet, wird den diesjährigen Aerztetag beschäftigen und nicht mehr zur Ruhe kommen, bis das vorgesteckte Ziel erreicht ist.

Als ein günstiges Vorzeichen hiefür ist es zu betrachten, dass die k. preussische Staatsregierung sich veranlasst gesehen hat, die Frage der Abänderung der Reichsgewerbeordnung in der genannten Richtung ihrer höchsten Medicinalbehörde, der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, vorzulegen, welche sich auch bereits in unserem Sinne ausgesprochen hat. Jedenfalls kann sich die oberpfälzische Aerztekammer in dieser Frage einer unermüdlichen Consequenz rühmen.

Neben den Verhältnissen des ärztlichen Standes selbst haben auch die Verhältnisse des niederärztlichen Personales und der Hebammen mehrfach Anlass zu Anträgen gegeben, welche eine Revision der Baderordnung, verschiedene veränderte Bestimmungen über Vorbildung und Berufspflichten der Hebammen, namentlich über die Anwendung der Antisepsis in der Geburtshilfe durch die Hebammen zur Folge hatten.

Auch die gesetzlichen Bestimmungen über die Apotheken und das Arzneiwesen gaben zu mehrfachen Anträgen Anlass. Die Zwangsbestimmung für die Besitzer von Handapotheken, ihren Bedarf aus der nächsten Apotheke zu decken, wurde aufzuheben beantragt. Mehrfach wurde, wiewohl vergeblich, beantragt, in Consequenz der Gewerbefreiheit, welcher die Ausübung der Heilkunde verfallen war, auch den Aerzten das Selbstdispensirrecht zu verleihen. Die Gleichstellung der homöopathischen mit den allopathischen Heilmittel in Bezug auf ihren Verkauf durch die Aerzte wurde erfolgreich gefordert. Im Anschluss hieran wurden wiederholt Anträge gestellt, welche die Regelung des Geheimmittelwesens bezweckten, das Verbot der Anpreisung und des Verkaufes von Geheimmitteln verlangten, Forderungen, welchen unbedingt schon im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege Rechnung getragen werden muss.

Die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege war überhaupt ein regelmässig wiederkehrendes Objekt der Thätigkeit unserer Aerztekammern. Längere Berathungen wurden über die Aufstellung von Gesundheitsräthen, die Errichtung von Gesundheitscommissionen auf dem Lande mit Zuziehung von Aerzten gepflogen, welche auch theilweise von Erfolg begleitet waren. Schon im Jahre 1877 beantragten wir die Einführung von Lehrkursen für Hygiene für amtliche und praktische Aerzte. Die grosse Kindersterblichkeit in der Oberpfalz veranlasste eingehende Untersuchung über deren Ursachen und über die dagegen zu ergreifenden Massregeln. Sanitätspolizeiliche Vorschriften über die Pflege und Ernährung der Kinder wurden entworfen, eine Flugschrift über denselben Gegenstand verbreitet, ebenso sanitätspolizeiliche Vorschriften beim epidemischen Auftreten von Scharlach und Diphtherie.

Die gesetzliche Einführung der Revaccination hat unsere Aerztekammer schon im Jahre 1872 angeregt Das neue Reichsimpfgesetz gab zu mehrfachen Berathungen Veranlassung, ebenso die Einführung der animalen Lymphe und deren Abgabe durch eigens zu errichtende Institute, endlich die unentgeltliche Abgabe des animalen Impfstoffes an die Aerzte.

Zu den Arbeiten auf hygienischem Gebiete gehörte indirect auch die in der Oberpfalz jahrelang eifrig betriebene Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten, welche ganz lehrreiche Resultate förderte.

Die Revision der Mortalitätstabellen war von der kgl. Staatsregierung selbst angeordnet und von den zuständigen Körperschaften durchgeführt worden.

Die oberpfälzischen Vereine haben ferner eine Sammelforschung über die Aetiologie des Typhus und später eine solche über

die Anwendung des Behring'schen Heilserums bei Diphtherie unternommen.

Die Portofreiheit für die Einsendung der Zählblättchen der Morbiditätsstatistik an die Sammelstellen wurde von uns Aerzten leider vergeblich angestrebt, wiewohl diese von uns freiwillig übernommenen Arbeiten gewiss vorwiegend dem allgemeinen Interesse, der Ueberwachung der Volksgesundheit, dienen.

Die Errichtung einer Heilstätte für Lungenkranke im Kreise Oberpfalz ist in den ärztlichen Versammlungen vorerst theoretisch erörtert worden; die praktische Durchführung bleibt der Zukunft überlassen.

Vielfachen Anlass zu Besprechungen und Anträgen gab uns die sozialpolitische Gesetzgebung und das Verhältniss der Aerzte zu derselben. Die Zulassung von Nichtärzten zur Behandlung von Kassenmitgliedern war Gegenstand einer Anfrage an die kgl. Staatsregierung.

Die Honorirung der Zeugnisse für Bewerber um die Invalidenrente Seitens der Versicherungsanstalten wurde mehrfach beantragt, ohne dass bis jetzt eine gleichheitliche Regelung dieser Angelegenheit für die acht Versicherungsanstalten des Königreiches erzielt werden konnte.

Erwähnen wir noch der wiederholten Verhandlungen in unserer Aerztekammer über die drei bayerischen Unterstützungsvereine, den Pensionsverein, Sterbekassenverein und Invalidenunterstützungsverein, welche immer wieder dringend der Theilnahme aller bayerischen Aerzte empfohlen wurden, so glaube ich die hauptsächlichsten Berathungsgegenstände der 25 hinter uns liegenden Aerztekammersitzungen erschöpft zu haben.

Die Theilnahme des gesammten ärztlichen Standes an den Verhandlungen der Aerztekammern hat sich wiederholt durch selbständige Anträge aus den einzelnen Vereinen heraus manifestirt, und haben die regelmässigen Berichte der einzelnen Delegirten über die von ihnen vertretenen Vereine alljährlich ein erfreuliches Bild der wachsenden Vereinsthätigkeit und eines regen Interesses an den Verhandlungen geboten.

Möchte dieser kurze Rückblick auf die verflossenen 25 Jahre nicht nur den gegenwärtig noch thätigen Collegen eine wohlthuende Befriedigung gewähren, möchte derselbe auch die künftige Generation ermuntern, auf dem gleichen Wege unermüdet fortzufahren, zum Segen für unseren Stand selbst und zum Wohle unseres Vaterlandes und seiner Bevölkerung!

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberfranken.

Bayreuth, den 30. Oktober 1897.

Anwesend sind als Delegirte: Für den ärztlichen Bezirksverein Bamberg: Medicinalrath Dr. Roth und Landgerichtsarzt Dr. Zinn, beide von Bamberg, praktischer Arzt Dr. Pürkhauer von Forchheim; für den ärztlichen Bezirksverein Bayreuth: Bezirksarzt Dr. Solbrig-Bayreuth und Medicinalrath Dr. Schneider-Kulmbach; für den ärztlichen Bezirksverein Hof: Landgerichtsarzt Dr. Walther in Hof und Bezirksarzt Dr. Hess-Wunsiedel; für den ärztlichen Bezirksverein Kronach: praktischer Arzt Dr. Alafberg von dort; für den ärztlichen Bezirksverein Lichtenfels-Staffelstein: Bezirksarzt Dr. Blümm von Staffelstein.

Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Pürkhauer eröffnete als kgl. Regierungs-Commissär die Sitzung, bewillkommte die Delegirten der Bezirksvereine und wünscht den Verhandlungen einen gedeihlichen Verlauf, er fordert den Alterspräsidenten auf, die Wahl des Bureaus zu bethätigen; als solcher fungirt Herr Medicinalrath Dr. Schneider, welcher zunächst dem Herrn kgl. Regierungs-Commissär den Dank der Kammer für seine freundlichen Begrüssungsworte ausspricht und ihn bittet, die Verhandlungen der Kammer mit seinem gütigen geschätzten Beirath zu unterstützen.

Er begrüsst sodann die Mitglieder der Kammer mit dem Ersuchen, den zur Berathung vorliegenden für den Aerztestand hochwichtigen Vorlagen mit Eifer zu folgen.

Die Kammer tritt sodann in die Wahl des Bureaus ein; dieselbe findet in geheimer Wahl statt und ergibt als Vorsitzenden der Kammer Medicinalrath Dr. Schneider, als dessen Stellvertreter Medicinalrath Dr. Roth; als Schriftführer wurde Dr. Zinn, als dessen Stellvertreter Dr. Alafberg gewählt.

Die Gewählten nahmen die Wahl dankend an; das Ergebniss wird der kgl. Regierung vorschriftsmässig angezeigt.

Hierauf wird die Kammer Namens des am Erscheinen verhinderten Herrn Regierungs-Präsidenten durch den kgl. Herrn Regierungsdirektor begrüsst.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmete der Vorsitzende einen warmen Nachruf dem vor Kurzem verlebten Kollegen Dr. Gummi-Bayreuth, welcher lange Jahre der Kammer als Schriftführer angehört und die Schriftführerstelle des vormaligen Vereins oberfränkischer Aerzte innegehabt hatte. Die Kammer erhebt sich zu dessen ehrenden Gedenken von den Sitzen. Sodann gibt der Vorsitzende die Tagesordnung bekannt.

Von dem Einlauf, welcher an den Vorsitzenden der Aerztekammer gelangte, ist von besonderem Interesse das Antwortschreiben des Ausschusses der Versicherungsanstalt für Oberfranken d. Bayreuth, den 19. Juli 1897 auf ein Anschreiben des Vorsitzenden der Aerztekammer von Oberfranken vom 11. November 1896, betreffend die Honorirung von ärztlichen Gutachten Ueber diese Entschliessung entspinnt sich eine längere Debatte; deren Ergebniss ist, dass die Kammer beschliesst, der Vorsitzende der Aerztekammer wolle dem Vorstand der Versicherungsanstalt für Oberfranken mittheilen, die Aerztekammer sei nicht in der Lage, die gestellten Propositionen anzunehmen, unter gleichzeitiger Angabe der Gründe, welche diesen Kammerbeschluss provozirten.

Hierauf verliest der Vorsitzende die Verbescheidung der hohen Staatsregierung auf die Verhandlungen der vorjährigen oberfränkischen Aerztekammer.

Sodann ersucht er den Herrn Regierungs-Commissär, den Sanitätsbericht des Kreises für das Vorjahr bekannt zu geben. Derselbe unterzieht sich dieser Aufgabe in umfassender Weise, wofür ihm Namens der Kammer der Dank des Vorsitzenden ausgesprochen wird.

Die Kammer tritt sodann in die von hoher Staatsregierung durch Entschliessung vom 12. Juli c. gestellte Aufgabe der Aufstellung einer Standesordnung für die bayerischen Aerzte ein; für die Berathung liegt ein Entwurf vor, der in einer Vorbesprechung festgestellt und in Druck gelegt wurde; derselbe liegt dem Protokolle in der Anlage bei.

Zu II Ziff. 21 Absatz 2 stellt der Bezirksverein Bayreuth den Antrag, den Satz in der Weise abzuschliessen, dass er lautet: Berathungen im Hause des Arztes unterliegen dieser Beschränkung nicht".

Zu Ziff. 23 beschliesst die Kammer zu setzen statt: wählt der Kranke den Arzt „wählen der Kranke bezw. dessen Angehörige".

Zu Ziff. 30 stellt der Bezirksverein Bamberg den Antrag, den Satz 2 „die Majorität entscheidet alsdann" zu streichen; die Kammer beschliesst demgemäss. Die weitere Fortsetzung der Ziff. 30 soll lauten: „ist auch dann eine Einigung nicht zu erzielen oder ist eine solche Zuziehung überhaupt unthunlich gewesen, so soll der behandelnde Arzt dem Kranken etc. etc. überlassen".

Zu V „Vertretung" wird von dem ärztlichen Bezirksverein Bayreuth Antrag gestellt, den ganzen Passus, also die Ziffern 43 mit 46, zu streichen und dafür zu setzen: „Die Regelung der Vertretung der Aerzte unter sich und deren Honorirung wird dem gegenseitigen Uebereinkommen überlassen".

Die Kammer eignet sich mit Majoritätsbeschluss diese Abänderung an.

Alle übrigen Punkte fanden die Zustimmung der Kammer.

Berathung über den Erlass einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinar-Verfahren; auch hierüber liegt ein Entwurf im Drucke vor und wird derselbe dem Protokoll als Beilage einverleibt.

Zu den Strafbestimmungen sub 4 und 5, „die Verschärfung durch Veröffentlichung der Erkenntnisse in der Presse soll erfolgen können", sind von den ärztlichen Bezirksvereinen Bamberg und Hof Anträge auf Streichung gestellt; die Kammer ist einstimmig für Streichung des Schlusssatzes.

Der Absatz von der Berufungs-Instanz findet die Zustimmung der Kammer; genehmigt wird auch die Annahme des Satzes: Unerlässlich ist auch die gesetzliche Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen; dagegen beschliesst die Kammer die Fortsetzung dieses Absatzes „und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Einrichtungen" zu streichen, da hiedurch den Aerzten Verpflichtungen auferlegt werden könnten, die zu erfüllen sie nicht in der Lage sind.

Alle übrigen Punkte fanden Zustimmung der Kammer.

Als weiteren Punkt richtet die Aerztekammer an die kgl. Staatsregierung die Bitte, eine Revision der kgl. Allerhöchsten Verordnung, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betreffend, vom 18. Dezember 1875 vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen.

Durch Umfrage bei den Delegirten der einzelnen Vereine stellt die Aerztekammer fest, dass die oberfränkischen Bezirksvereine sich ausnahmslos für die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes aussprechen unter der Voraussetzung, dass die Errungenschaften der Freizügigkeit und der Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung nicht beeinträchtigt werden.

Anträge aus der Mitte der Kammer wurden nicht gestellt.

Anträge von Seite der Bezirksvereine liegen, soweit sie in den Verhandlungen über die Standes- und Ehrengerichtsordnung nicht zur Debatte kamen, nicht vor.

Wahl des Delegirten zum verstärkten Obermedicinal-Ausschuss und seines Stellvertreters; die Kammer wählt per acclamationem wieder Herrn Medicinalrath Dr. Roth zum Delegirten, Landgerichtsarzt Dr. Walther zum Stellvertreter.

Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation; sie ergibt Herrn Medicinalrath Dr. Roth, Medicinalrath Dr. Schneider und Landgerichtsarzt Dr. Walther, als deren Stellvertreter Landgerichtsarzt Dr. Hess-Bayreuth und Dr. Alafberg-Kronach.

Wahl der Commission zur Erledigung von Beschwerden; in diese Commission werden die gleichen Persönlichkeiten gewählt

wie in die für Aberkennung der ärztlichen Approbation. Festsetzung des Beitrages zur Aerztekammer nach der Kopfzahl der Vereinsmitglieder.

Der Schriftführer der Kammer stellt hiezu fest, dass gemäss Beschlusses der vorjährigen Aerztekammer die Gründung einer Kammerkasse in's Werk gesetzt wurde; dieselbe entziffert die Summe von 148 *M.*, es wird beschlossen, auch für das nächste Jahr den Beitrag von *M.* 1 pro Kopf und Verein zu erheben.

Stand der ärztlichen Bezirksvereine.

Der ärztliche Bezirksverein Bamberg zählt 54 Mitglieder, 32 in der Stadt Bamberg und 22 auswärtige, darunter 4 Ehrenmitglieder; ausgetreten sind Assistenzarzt Dr. Müller-Bamberg durch Versetzung; praktischer Arzt Dr. Ehrmann ebenfalls in Bamberg durch Verzug.

Eingetreten sind: Dr. Sommer-Muggendorf, Dr. Josef Hermann Roth-Bamberg, Dr. Tremel-Forchheim und Dr. Froehlich-Kunreuth.

Vorstand ist Dr. Jungengel, Schriftführer Dr. Herd, Cassier Dr. Draudis.

Es wurden 12 Monatsversammlungen abgehalten.

Der ärztliche Bezirksverein Bayreuth zählt 33 Mitglieder; gestorben Dr. Gummi. Ausgetreten durch Verzug: Dr. Nestlen und Dr. Lesch und Oberarzt Dr. Würschmitt. Eingetreten: Oberarzt Dr. Prinzing und Dr. Jacobi. Vorsitzender ist Dr. Hess, Schriftführer und Cassier Dr. Würzburger; es fanden 3 Hauptversammlungen und 6 Vereinsabende statt.

Der ärztliche Bezirksverein Hof hat 36 Mitglieder, darunter 24 auswärtige.

Eingetreten ist Dr. Dorn, Dr. Laubmann, beide in Hof; Dr. Mengert-Lichtenberg, Dr. Westermaier-Selb, Dr. Engelmann-Thiersheim. Die Vorstandschaft wird gebildet von Medicinalrath Dr. Tuppert als Vorsitzenden, Dr. Theile als Schriftführer und Dr. Walther als Cassier. Es wurden 2 Generalversammlungen und 7 Monatsversammlungen gehalten.

Der ärztliche Bezirksverein Kronach hat 14 Mitglieder; ausgetreten ist Dr. Doederlein-Mitwitz durch Wegzug: eingetreten Dr. Westermeier-Mitwitz und Dr. Kretler-Presseck.

Vorstand und Cassier ist Dr. Schöpp; es wurden 4 Quartalsversammlungen abgehalten.

Der ärztliche Bezirksverein Lichtenfels zählt 14 Mitglieder, zu gezogen ist Dr. Meixner-Michelau. Vorsitzender ist Dr. Hümmort-Lichtenfels, Schriftführer und Cassier Dr. Hollfelder Ebensfeld; es wurden 4 Sitzungen abgehalten.

Der Vorsitzende dankt Namens der Kammer dem Herrn Regierungscommissär für die Aufmerksamkeit und das Wohlwollen, mit welchem er den Verhandlungen der Kammer gefolgt ist, Herr Dr. Hess dem Bureau für seine Mühewaltung, insbesondere dem Herrn Vorsitzenden für seine geschickte Leitung der Verhandlungen.

Zum Schlusse dankt noch der kgl. Regierungscommissär dem Vorsitzenden für die warmen Worte der Anerkennung und drückt den Wunsch aus, die Delegirten im nächsten Jahre wieder be grüssen zu können.

Schluss der Sitzung ½7 Uhr.

Bayreuth, am 30. Oktober 1897.

(gez.) Dr. Pürckhauer, Dr. Schneider, Dr. Walther, Dr. Roth, Dr. Alafberg, Dr. Blümm, Dr. Hess, Dr. Solbrig Dr. Pürckhauer, Dr. Zinn.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Mittelfranken.

Ansbach, den 30. Oktober 1897.

Beginn 9 Uhr.

Anwesend: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Martius als Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: 1. Ansbach: Medicinalrath Dr. Rüdel; 2. Eichstätt: Bezirksarzt Dr. Beck; 3. Erlangen: Dr. Fritsch, Professor Dr. Graser; 4. Fürth: Hofrath Dr. Mayer, Dr. Stark; 5. Hersbruck: Dr. Reichold-Lauf; 6. Nordwestliches Mittelfranken: Bezirksarzt Dr. Poeschel-Neustadt a. A.; 7. Nürnberg: Hofrath Dr. Beckh, Hofrath Dr. Dietz, Dr. Emmerich, Medicinalrath Dr. Merkel; 8. Rothenburg: Bezirksarzt Dr. Wahl; 9. Südfranken; Bezirksarzt Dr. Eidam-Gunzenhausen; Medicinalrath Dr. Lochner-Schwabach.

Regierungscommissär Dr. Martius eröffnet die Kammer und begrüsst die Delegirten. Er theilt mit, dass die Erfahrungen der Invaliditätsanstalt mit der Uebernahme des Heilverfahrens keine guten gewesen seien. Besonders die Erfolge bei den Lungenkranken seien minimale. Die forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft habe schwer mit fast nicht erschwinglichen Kurkosten zu kämpfen. Sie wird sich kaum anders als mit der Anstellung eigener Controlärzte helfen können.

Hierauf fordert er den Alterspräsidenten Dr. Dietz auf, die Wahl des Bureaus zu leiten.

Alterspräsident Dr. Dietz nimmt die Legitimationen der Delegirten entgegen und stellt die Präsenzliste fest, ernennt Dr. Rüdel zum Schriftführer ad hoc und leitet die Wahl.

Gewählt werden:

Dr. Merkel, I. Vorsitzender,
Dr. Lochner, II. Vorsitzender,
Dr. Mayer, Schriftführer,
Dr. Stark, Stellvertreter des Schriftführers.

Die Gewählten nehmen an.

Regierungspräsident Dr. Schelling empfängt das Bureau in längerer Audienz.

Dr. Merkel übernimmt den Vorsitz und gibt die Tagesordnung bekannt:

1) Vorsitzender erstattet Bericht des ständigen Ausschusses:

Meine Herren! Sie werden aus dem Einlauf ersehen, dass die Geschäftsordnung der Aerztekammer durch die Regierungs-Entschliessung vom 3. November 1896 genehmigt wurde. Wir treten dadurch in kein neues Stadium; es sind nur die Verhältnisse, welche wir uns im Laufe der Jahre selbst geregelt hatten, durch die Staatsregierung sanctionirt, und der engere Zusammenschluss der einzelnen bayerischen Aerztekammern als nothwendig staatlich anerkannt und vollzogen.

Die Geschäfte der Protokollabfassung und der Vertheilung der Druckprotokolle wurden wie immer rechtzeitig vollzogen. Die Art und Weise, wie Ihr Delegirter beim verstärkten Obermedicinal-Ausschusse Ihr Votum in der Sitzung vom Dezember 1896 zu vertreten gesucht hat und welche Resultate aus der Berathung hervorgegangen sind, ist Ihnen durch das heuer sehr gut abgefasste Protokoll, welches in der „Münchener med. Wochenschrift“ veröffentlicht wurde, hinreichend bekannt geworden, so dass Sie mir eine Berichterstattung darüber wohl erlassen werden. Was aus der ganzen Angelegenheit weiter geworden ist, in welchem Stadium sich die Frage nach Aenderung der Prüfungsordnung dermalen befindet, darüber herrscht Stillschweigen. Wollen wir hoffen, dass das kein übles Zeichen ist. Solche Dinge wollen ernstlich bereift werden.

Der ständige Ausschuss hatte nach dem Wunsche der vorjährigen Aerztekammer die Vota der Vereine über die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbots entgegen zu nehmen. Ein eingehendes Votum über diese Frage haben mehrere Bezirksvereine (Nürnberg, Südfranken, Hersbruck) eingesandt.

Sie werden aus dem Munde des Herrn Schriftführers später eine Zusammenstellung der einzelnen Vota hören.

Ein bestimmter Auftrag war uns geworden: auf Grund des gesammelten Materiales einen Entwurf der Standesordnung heuer vorzulegen.

Derselbe ist in Ihren Händen, ein Werk unseres fleissigen Schriftführers, der noch dazu sich der Mithilfe des Collegen Brauser-Regensburg versichert hat, als des Mannes, der in dieser Frage unter allen bayerischen Aerzten wohl die grösste Erfahrung besitzt. Diese Frage führt uns direct zu dem Ministerialbescheid auf die Anträge der Aerztekammern vom Jahre 1896. Dass derselbe in Bezug auf die wichtigen Fragen der Organisation unseres Standes so wenig unseren Wünschen und Erwartungen entsprochen hat, bedauern Sie gewiss mit mir. Wir sind wohl zu einem Theil selbst Schuld daran geworden dadurch, dass wir unsere Anträge nicht eingehend genug motivirt hatten. Dass wir dies unterliessen, hat seinen Grund nur darin, dass wir uns der Hoffnung hingegeben hatten, die Berathung über diese Anträge würde unter Anwendung der im § 3 der Allerh. Verordnung vom 9. Dezember 1895 vorgesehenen Befugnisse im verstärkten Obermedicinal-Ausschuss unter Zuziehung der Delegirten geschehen. Dadurch, dass dies nicht geschah, blieben die Motive zum wichtigsten Theil der Oberbehörde unbekannt. Die Sache ist indessen so wichtig, die Beschlüsse sind so weittragend, dass eine Verzögerung um ein Jahr kaum in die Waagschale fallen kann. Die Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse legen die von ihnen berathene Standesordnung heuer vor und haben sich auch bemüht, in Umrissen zu zeigen, wie man sich dieselbe wirksam gemacht denken könne. Diese Vorschläge sind das Resultat der Berathung der Vorsitzenden sämmtlicher Kammerausschüsse und wollen nichts Bindendes enthalten, sondern nur beispielsweise wirken. Hier müssen auch noch die Bezirksvereine gehört werden.

Den weiteren Auftrag, welchen die Staatsregierung den heurigen Kammern ertheilt hat, für die Vorlage einer revidirten Gebührenordnung Fürsorge zu treffen, hat ebenfalls die Gemeinschaft der Kammer-Vorsitzenden aufgenommen, welche Sie durch mich ersucht, ihren Vorschlag der Berathung und Beschlussfassung zu unterstellen.

Die Vorbereitungen zur heutigen Sitzung sind dahin getroffen, dass die 3 Anträge der Conferenz vom 10. l. Mts. zur Diskussion gebracht werden. Die Ausarbeitungen, welche von einzelnen mittelfränkischen Vereinen dazu eingebracht worden, werden sich von selbst in die Diskussion einfügen.

Ich kann diesen kurzen Bericht nicht schliessen, ohne dass ich des Collegen gedenke, der heuer zum ersten Male unter uns fehlt, des verehrten Collegen Dr. Burkhardt-Ansbach, der alle Arbeit, viel Freud' und manches Leid durch 25 Jahre mit uns getheilt hat. Sein Nachfolger, ein lieber Freund aus alter Zeit

College Rüdel, sei uns herzlich willkommen! Ebenso herzlich begrüsse ich den neuen Abgeordneten von Eichstätt, Herrn Bezirksarzt Dr. Beck.

Und noch ein Schlusswort des Dankes und der Verehrung sei mir verstattet für den hochverehrten Mann, der erst in den letzten Tagen seinen hohen Posten als Chef der Kreisregierung nach langer gesegneter Wirksamkeit verlassen hat. Excellenz von Zenetti hat unserem Stand ein ungewöhnlich hohes Maass von Zuneigung und Anerkennung entgegengebracht und wohl Jedem von Ihnen ist es so gegangen wie mir, der ich bei seinem Scheiden das Gefühl hatte, dass uns nicht nur ein hoher Gönner, sondern auch ein aufrichtiger Freund verlässt. Möge es seinem hohen Nachfolger gefallen, unseren Bestrebungen eine gleich wohlwollende Gesinnung entgegen zu bringen. Die Aerzte des Kreises werden sich bemühen, wie bisher, so in Zukunft dem öffentlichen Interesse zu dienen, so weit ihnen nur möglich!

2) Vorsitzender erstattet Kassenbericht pro 1896/97:

A. Einnahmen.

Uebertrag vom Vorjahre	56 M.	45 Pf.
Beiträge der Vereine:		
Südfranken	20 M.	50 Pf.
Hersbruck	6 „	50 „
Nürnberg	60 „	— „
Eichstätt	5 „	50 „
Fürth	14 „	50 „
Rothenburg	6 „	50 „
Ansbach	10 „	50 „
Nordwestfranken	9 „	— „
Erlangen	13 „	50 „
Summa:	202 M.	95 Pf.

B. Ausgaben.

Copialien	39 M.	— Pf.
Druckkosten	93 „	15 „
Zählblättchen	25 „	90 „
Porti	8 „	76 „
Verschiedenes	12 „	— „
Delegation zum erweiterten Obermedicinal-Ausschuss	50 „	— „
Summa:	228 M.	81 Pf.

C. Abgleichung.

Einnahmen	202 M.	95 Pf.
Ausgaben	228 „	81 „
Schulden-Rest	25 M.	86 Pf.

Dies ungünstige Resultat ist nur dadurch zu Stande gekommen, dass wir die Druckkosten für die ständigen Ausschüsse bezahlt haben. Sie betragen 34 M. 20 Pf., von welchen uns 29 M. 96 Pf. von den anderen Ausschüssen zurückvergütet werden, so dass wir thatsächlich einen Kassenrest von 4 M. 10 Pf. besitzen.

Eine Kopfsteuer von 75 Pf. wird unsere Bedürfnisse für das kommende Jahr decken.

Die Kammer nimmt die vorgeschlagene Steuer von 75 Pf. pro Kopf an.

3) Vorsitzender gibt den Einlauf bekannt.

Aus demselben wird hervorgehoben:

a) Der Ministerialbescheid pro 1896, der zur Verlesung kommt.

b) Seitens des k. Obermedicinalrathes wurde dem ständigen Ausschuss eine Erhebung für Zwecke des Landeshilfsvereins für freiwillige Krankenpflege im Kriege übertragen; der Ausschuss ist dem nachgekommen, glaubt aber, dass dies im Allgemeinen ausserhalb des Rahmens der Arbeiten des ständigen Ausschusses liegen dürfe und den Provincialcomités des genannten Vereins zustehe.

c) Der ständige Ausschuss von Schwaben regt die Erstellung eines Repertoriums über die früheren Kammersitzungen an. Dr. Rüdel erklärt sich bereit, diese von ihm früher schon begonnene Arbeit fortzusetzen.

4) Regierungskommissär Dr. Martius erstattet Sanitätsbericht von Mittelfranken für 1896/97.

Zur Tagesordnung stehen sodann Anträge, eine künftige Neuorganisation des ärztlichen Standes betreffend.

Der Vorsitzende regt an, dass es sich empfehle, die von den Kammervorsitzenden gemeinschaftlich gestellten Anträge zu trennen. Erst wolle die Standesordnung berathen werden. Darnach schiebe sich ein Antrag vom Verein Südfranken ein, von dessen Annahme oder Ablehnung die Berathung der weiteren Anträge der Kammervorsitzenden abhänge.

5) Herstellung einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns.

Referent Dr. Mayer:

Die Anträge aller bayerischen Aerztekammern im Jahre 1896, die k. Staatsregierung möge Vorkehrung treffen, dass alle bayerischen Aerzte einer gemeinsamen Standesordnung unterworfen werden könnten, hat eine überraschende Antwort gefunden. Der Ministerialbescheid d. d. 12. Juli 1897 lehnt die Bitte ab, unter dem Hinweis, dass erst eine solche Standesordnung vorliegen müsse, um zu erkennen, ob und wie weit zu deren Durchführung die bestehende Gesetzgebung einer Ergänzung bedürfe.

Jeder, der irgend eine ärztliche Standesordnung schon gesehen hat, weiss, dass eine solche sich lediglich aus vom Stande selbst festgestellten Ehrenpflichten zusammensetzt, deren Nichtbefolgung in keinem Falle durch die bestehenden Gesetze geahndet werden könnte. Speziell die Allerhöchste Verordnung über die Bildung von Aerztekammern und ärztlichen Bezirksvereinen, die an sich eine gewisse Machtbefugniss über die Mitglieder der Bezirksverein egibt, erscheint für Durchführung einer allgemein gültigen Standesord nung ungenügend, weil eben jeder Arzt dieser Organisation freiwillig beitritt, und sich jeglichem Zwange durch Nichtbeitritt oder Wiederaustritt entziehen kann. Wie bei dem Stande der Rechtsanwälte, kann nur ein Weg die allgemeine Befolgung von Standesvorschriften erzwingen, das ist der, dem Stande als solchen eine Disciplinargewalt über die einzelnen Mitglieder zu geben.

Ist es noch nothwendig, Gründe aufzuführen, die eine solche Machtbefugniss des ärztlichen Standes über seine Mitglieder wünschenswerth erscheinen lassen? Aus allen deutschen Ländern, von allen ärztlichen Vereinen und Versammlungen klingt fast einstimmig dieses Verlangen wieder, ein Verlangen, das sich mit dem einen Satze begründen lässt: Wir wollen unseren ärztlichen Stand auf der sittlichen Höhe halten, die er haben muss, um seine Aufgaben zu erfüllen Dazu braucht es, dass der Einzelne, trotz der Kurierfreiheit und trotz Anwachsen der Zahl der Aerzte in unheimlicher Weise, trotz Gewerbeordnung und trotz häufiger Erschwerung der ökonomischen Lage, doch noch an bestimmte Regeln in seinem ärztlichen Handeln gebunden ist, ohne welche der Stand als solcher mehr und mehr verwildern müsste.

Andererseits wird aber ein solches Zusammenstehen der Aerzte unter selbstgeschaffenen Gesetzen den Einzelnen wieder Vortheile bringen, einerseits den der Hebung des Ansehens seines Standes, anderseits aber auch, dass er vor allzugrosser Ausbeutung seitens des Publikums geschützt werden kann. Und wenn eine solche Neuorganisation bei uns geschaffen würde, so würde neben der Disciplinargewalt wohl auch das Umlagenrecht dem ärztlichen Stande gegeben werden können, das unter Anderem mit minimaler Belastung des Einzelnen die Noth der Kranken und Invaliden, der Wittwen und Waisen mit Leichtigkeit lindern könnte.

Heute noch bin ich der Ansicht, dass unser vorjähriger Beschluss richtig war. Zuerst sollte im Princip die Neuorganisation gegeben sein. Die Herstellung der einzelnen Ordnungen wäre dann einem gemeinsamen Ausschuss aller bayerischen Aerzte zu übertragen gewesen. Dem Verlangen der Staatsregierung hätten wir vielleicht ein Festhalten an unserer Anschauung entgegenstellen können, dabei aber Zeit verloren, Zeit, die bei uns gleich nach Jahren rechnet. So unternahmen wir die Arbeit, den Entwurf einer Standesordnung zu erstellen und den Versuch zu machen, ihn dieses Jahr schon von allen Kammern annehmen zu lassen.

Dass die Annahme des Entwurfes im Wortlaut wünschenswerth ist, ist einleuchtend. Es schliesst dies nicht aus, dass Wünsche auf Abänderungen angebracht und eventuell später vor Einführung der erhofften Neuorganisation berücksichtigt werden, heute muss womöglich Einstimmigkeit in allen 8 Kammern erzielt werden, da der k. Staatsregierung nicht gut verschiedene Entwürfe vorgelegt werden können.

Ich bemerke zu dem Entwurf speziell, dass der 1896 von mir hergestellte der Kritik aller mittelfränkischen Bezirksvereine unterlag, die zum Theil sehr eingehende Referate einsandten. Nach diesen habe ich mein Elaborat umgearbeitet und die einzelnen Vereine werden da und dort die Spuren ihrer eigenen Mitarbeit finden. Den neuen Entwurf überarbeitete noch Dr. Brauser, der Vielerfahrene in allen Standesfragen, und unser gemeinschaftlich gefertigter Entwurf ist der Ihnen vorliegende, der überdies die Kritik der sämmtlichen Kammervorsitzenden auch schon passirt hat.

Correferent Dr. Reichold:

Nach dem vorjährigen Geschäftsgang werden Sie, meine Herren Collegen, es begreiflich finden, wenn ich mich, zumal nach den trefflichen und ausführlichen Darlegungen des Herrn Referenten als Correferent darauf beschränke, die Zustimmung der Kammer zu dem Dr. Mayer'schen Elaborat in vorliegender Fassung zu beantragen.

Es wird mir dies um so leichter, als die gegenwärtige Redaction des Entwurfes gegenüber der vorjährigen durch die Berücksichtigung der in den mittelfränkischen Bezirksvereinen ausgesprochenen Anregungen nur gewonnen hat.

Damit ist für mich nicht ausgeschlossen, dass ich einzelne Punkte des vorliegenden Referats zur allenfallsigen Berücksichtigung für die definitive Festsetzung einer Standesordnung zur Sprache bringe und vorgemerkt wissen möchte. Ich behalte mir diesbezüglich Anträge für die Spezialdiscussion vor.

Zur Generaldiscussion nimmt Niemand das Wort.

Referent Dr. Mayer verliest die ganze Standesordnung.

Spezialdiscussion der einzelnen Punkte: Zu Nr. 1: Dr. Lochner fürchtet, das Verlangen ausserhalb des Berufes die Standesehre zu wahren, könne politisch ausgebeutet werden.

Dr. Merkel widerspricht dem energisch, alle Kammervorsitzenden seien darin seiner Meinung.

ad 4. Dr. Lochner möchte neben Geheimmittel die Reclamemittel und Specialitäten treffen.

Dr. Mayer weist darauf hin, dass hier ein allgemeiner Satz nöthig sei, Specielles finde sich sub 15. Ueberdies könnten doch kaum alle Specialisten verboten werden.

Dr. Merkel findet auch kein anderes Wort als das gebrauchte, ein Hereinziehen der Specialitäten sei absolut unthunlich.

ad 5. Referent bemerkt: Die Festsetzung einer 3 maligen Annoncirung erscheint zu hart. Hier möge nach Grösse des Ortes u. s. w. den Vereinen nach eigenem Ermessen ein Spielraum gelassen werden.

ad 7. Correferent Dr. Reichold:

Zwischen 7 und 8 sollte ein Passus kommen, der das Halten auswärtiger Sprechstunden im Praxisgebiete anderer Aerzte verbietet.

DDr Merkel, Lochner sind der gleichen Ansicht.

Dr. Beckh wünscht den Wortlaut dahin gestellt, dass das Halten auswärtiger Sprechstunden an verschiedenen Orten nicht gestattet sei.

Dr. Mayer bittet, den Wortlaut später zu redigiren, für heute genüge es, den Wunsch dem Sinne nach festzustellen.

Die Kammer beschliesst demgemäss eine diesbezügliche Bestimmung für später Aenderungen vorzusehen.

ad 8. Dr Mayer: Die erste Abtheilung dieser Nummer wird, wenn die staatliche Prüfungsordnung in der vorausgewünschten Form eingeführt sein wird, überflüssig. Der zweite Satz wird aber auch dann stehen bleiben. Wir gehen dabei von der Ansicht aus, dass es im Interesse des reinen Specialisten selbst liegt, nur sein Fach zu treiben, weil er nur so der Unterstützung der Aerzte sicher ist, dass es anderseits absolut unwichtig ist, für einen Arzt, der noch so tüchtig in Chirurgie oder einem anderen Fache ist, sich „Specialist" zu heissen. In seiner Thätigkeit ist er gar nicht gehemmt, und die übliche Bezeichnung: Arzt, Chirurg und Geburtshelfer genügt vollkommen.

Correferent verwahrt sich gegen das Verbot anderer Praxisübung für Specialisten. Bei Landärzten falle die Unterstützung der Collegen weg und bestehe daher kein Grund für ein solches Verbot, das für grössere Städte passend erscheine.

Dr. Merkel betont, dass man eine doppelte Standesordnung für Stadt und Land doch nicht machen könne.

Dr. Reichold verzichtet auf einen Antrag.

ad 9. Dr. Mayer: Für Privatspitäler genügt „Heilanstalt" oder dergl. Die sogenannten Polikliniken sind fast bloss Reclameanstalten und können sich einen andern Namen suchen. Arzt und Publikum verbindet mit dem Begriff „Klinik und Poliklinik" etwas lehrhaftes akademisches.

ad 15: Von verschiedenen Seiten wird statt „darf" „soll" gewünscht.

ad 36. Dr. Mayer: Die Erfahrungen in Sachsen haben gezeigt, dass betreffs der Honorarregulirungen zwischen Aerzten und Krankenkassen leicht Differenzen entstehen.

Da das Reichsgesetz bei Feststellung der ärztlichen Honorare von „Vereinbarung" zwischen Arzt und Kasse spricht, so ist ein diktatorisches Vorgehen der ärztlichen Vereine an sich ja unklug, aber auch ungesetzlich. Der Versuch hiezu in Sachsen hat zu Protesten und zu einer Regierungsentschliessung geführt, die den sächsischen Vereinen das Recht zu einem solchen Vorgehen abspricht. Aerzte, die darnach gegenwärtig in Sachsen Verträge abschliessen, sind nicht strafbar. Es wird schon heute bei uns bedacht werden müssen, dass bei Durchführung unserer Standesordnung unsererseits nicht gleiche Fehler begangen werden.

Möglicherweise wird man von vornherein die Bildung von Commissionen ins Auge fassen, die, von Aerzteverein und Kassenverwaltung beschickt, die Honorarsätze „vereinbaren". Auf diesem Wege sind die Aerzte dann wenigstens bei solchen Festsetzungen mitbetheiligt und gleichberechtigt

ad 41 Dr. Mayer: Der Absatz erscheint nicht überflüssig, obwohl schon 37 die Verträge zwischen Aerzten und Kassen geregelt hat. Es handelt sich in 42 um die Art der Bewerbung um solche Stellen, die eventuell ja besser bezahlt sein können, als die Minimaltaxe verlangt.

Der ganze Standesordnungsentwurf wird von der Kammer genehmigt.

Dr. Mayer stellt darnach den Antrag:

Die Aerztekammer vom Jahre 1896 hat an das kgl. Staatsministerium die Bitte gerichtet, dasselbe wolle entweder, wie dies bereits im Königreich Sachsen durchgeführt ist, landesgesetzlich den Beitritt zu den ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch machen oder sonst auf gesetzlichem Wege Vorkehrungen treffen (vielleicht auf dem Weg einer bayerischen Aerzteordnung), dass sämmtliche bayerischen Aerzte den Bestimmungen einer gemeinsamen Standesordnung unterworfen seien und hiebei die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch nehmen. Die Aerztekammer ist bei ihrer Bitte von der Ueberzeugung ausgegangen, dass die Entscheidung dieser Frage die Hauptsache sei, möge der Inhalt einer Standesordnung sein wie er wolle, und dass die Entwerfung einer Standesordnung ohne deren Geltung für alle Aerzte verlorene Mühe sei. Wir sind auch heute noch dieser Ansicht, aber Angesichts des Ministerialbescheides vom 12. Juli l. Js. Ziffer 2 bereit, im Entwurf diejenigen Punkte zu bezeichnen, welche wir in einer solchen Standesordnung aufgenommen haben wollen. Hieran knüpfen wir alsdann aufs Neue die Bitte, welche wir in der vorjährigen Aerztekammer an die Staatsregierung gestellt haben, stehen aber nicht an, hiezu auszusprechen, dass es uns wünschenswerther erscheint im Anschluss an die bisherige Entwicklung der Aerzteorganisation in Bayern auf dem Wege des obligatorischen Beitritts zu den Bezirksvereinen vorzugehen.

Wir wären dem kgl. Staatsministerium zu grossem Dank verpflichtet gewesen, wenn es in Bezug auf unseren diesbezüglichen vorjährigen Antrag Gebrauch gemacht hätte von der Bestimmung der Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 § 9 letzter Absatz und die Delegirten der Aerztekammern zu der erwähnten Sitzung des Obermedicinalausschusses beigezogen hätte.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

6) Antrag des Bezirksvereins Südfranken:

Erstellung einer Aerzteordnung.

Dr. Eidam: Zu der auf der Tagesordnung stehenden Schaffung einer Organisation des ärztlichen Standes hat der ärztliche Bezirksverein für Südfranken insofern eine andere Stellung wie der Referent eingenommen, als wir der Ansicht sind, dass zugleich mit einer gemeinsamen Standesordnung auch ein ausführlicher Entwurf einer Aerzteordnung der kgl. Staatsregierung in Vorlage zu bringen sei. Im Auftrag des südfränkischen Vereins hat Dr. Dörfler eine solche Aerzteordnung ausgearbeitet, welche vom südfränkischen Verein einstimmig angenommen wurde. Wir motiviren diese Vorlage damit, dass es uns Aerzten doch nicht gleichgiltig sein kann, in welcher Form eine bayerische Aerzteordnung gegeben wird, dass vielmehr wir Aerzte selbst am Besten in der Lage sind, das festzustellen, was unseren Standesinteressen und der gedeihlichen Wirksamkeit der ärztlichen Bezirksvereine am dienlichsten ist. Zudem hat die kgl. Staatsregierung im Ministerialerlass vom 18. Juli 1896 unserer Ansicht nach selbst das Verlangen gestellt, die Aerztekammern sollten betreffs einer Aerzteordnung Vorschläge machen. Ich bringe daher im Auftrag des ärztlichen Bezirksvereins Südfranken den Antrag an die Kammer, dieselbe wolle den vorliegenden Entwurf einer bayerischen Aerzteordnung berathen und mit dem Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung der kgl. Staatsregierung vorlegen. Indem ich mir die Vertretung der einzelnen Sätze für die Specialdiscussion vorbehalte, bemerke ich im Voraus nur so viel, dass der wichtigste Punkt des Entwurfes der ist, dass das Schwergewicht aller Befugnisse in die Bezirksvereine gelegt werde, sich demzufolge der neue Entwurf im Ganzen dem sächsischen Gesetz anschliesse, während wir die andere Form, wie sie der preussische Entwurf enthält, den Schwerpunkt in die Kammer zu verlegen, nicht gutheissen können.

Der Entwurf befindet sich gedruckt in den Händen der Delegirten und ist zu finden in der Münchner med. Wochenschrift 1897 Nr. 48.

Dr. Mayer: Ich verkenne keineswegs die gute Absicht des Bezirksvereins Südfranken, wie ich auch an der Güte des Dr. Dörfler'schen Entwurfes im Allgemeinen nichts auszusetzen habe. Es wäre ja auch keine zu grosse Aufgabe, die Arbeit durchzuberathen und noch leichter, sie der kgl. Staatsregierung zur Würdigung hinaufzugeben. Das Einzige, was mich abhält, dies zu thun, ist die feste Meinung, dass es nicht opportun sei für unsere gute Sache.

Auf der einen Seite ist zu bedenken, dass die Einführung einer Aerzteordnung nur auf dem Wege der Gesetzgebung möglich ist, dass alle Vorstadien bis zum Landtag und zur kgl. Genehmigung durchlaufen werden müssen. Des Rechtes, ein neues Gesetz selbst zu machen, werden sich die betheiligten Faktoren sicher nicht begeben und sich ein fertiges Elaborat nicht einfach octroyiren lassen. Aber auch den übrigen bayerischen Aerztekammern gegenüber dürfte es nicht rathsam sein, wenn Mittelfranken einen einseitig in seiner Kammer berathenen Entwurf der Staatsregierung einreicht. Wir sind bis da in diesen einschneidenden Fragen stets gemeinschaftlich vorgegangen, und werden gut thun, diese Gemeinschaft unter keinen Umständen aufzugeben.

Freilich kann es der kgl. Staatsregierung angenehm sein, zu wissen, in welcher Richtung sich die Forderungen der Aerzte bewegen, und deshalb haben wir in den nachher zur Diskussion kommenden Anträgen die Principien festgelegt, die uns bei einer Aerzteordnung wünschenswerth erscheinen

Diese Principien decken sich nun mit denen des Dr. Dörflerschen Entwurfes vollständig, und Dr. Dörfler's ausführliche Motive dazu sind sehr brauchbar für künftige Berathungen einer solchen Aerzteordnung.

Und wenn die Regierung Detailentwurf einer Aerzteordnung uns vorlegt, oder von uns resp. dem Obermedicinalausschuss solchen verlangen sollte, wird die uns vorliegende Arbeit unserem Delegirten von Werth sein und ihm manche eigene Arbeit ersparen.

So wäre ich der Ansicht und stelle den Antrag: Der vom Verein Südfranken eingereichte Entwurf sei dem Delegirten zum Obermedicinalausschuss hinauszugeben zur Berücksichtigung und Verwendung bei den zu erhoffenden Berathungen über eine bayerische Aerzteordnung.

Dr. Eidam: Es ist zwar ein lebhafter Wunsch des südfränkischen Bezirksvereins, dass der von uns vorgelegte ausführliche Entwurf berathen wird, in der Erwägung aber, dass die principiellen Punkte unseres Entwurfes in den von den Vorsitzenden der Aerztekammerausschüsse vereinbarten Sätzen enthalten sind und dass wir hoffen dürfen, unsere detaillirten Ausführungen werden dem verstärkten Obermedicinalausschuss als Grundlage bei der Ausarbeitung einer bayerischen Aerzteordnung dienen, ziehe ich den Antrag des Vereins auf Durchberathung des vorgelegten Entwurfes zurück.

7) Anträge des ständigen Ausschusses betreffend Ehrengerichtsordnung:

Vorsitzender Dr. Merkel bemerkt einleitend zu den weiteren Berathungen, dass die Conferenz der Kammerausschuss-Vorsitzenden sich veranlasst gesehen habe, den Entwurf von Strafbestimmungen vorzulegen, unter welche die Verfehlungen gegen die Standesordnung gestellt werden sollten. Es sei dies nothwendig gewesen, um nicht wieder Verwechselungen zwischen Standesordnung und Aerzteordnung aufkommen zu lassen und um dem Auftrag der kgl. Staatsregierung nachzukommen. Erreicht könnte diese Absicht werden auf verschiedene Weise, als deren Typen die preussische Wahlkammer einerseits, der zwangsweise Beitritt zu den Bezirksvereinen nach sächsischem Muster andererseits angesehen werden müssten.

Die Conferenz habe sich auf den Standpunkt der Aerztekammern vom Vorjahre gestellt und habe den zwangsweisen Beitritt zu den Bezirksvereinen als „wünschenswerther" bezeichnet. Man sei sich dabei wohl bewusst gewesen, dass man sich dadurch in einen gewissen Widerspruch setze zu dem bis vor zwei Jahren so intensiv betriebenen Wunsche, ungeeignete Elemente nicht nur aus den Vereinen auszuschliessen, sondern auch vom Beitritt zu denselben fern halten zu können. Der Widerspruch sei nur scheinbar, denn damals habe es sich nur um die Beseitigung momentaner schreiender Missstände in der damaligen Organisation und nicht um den Weiterausbau der gesammten Standesorganisation gehandelt. Jetzt handle es sich nicht mehr um die Organisation der Vereine, sondern um die Wahl zwischen Zwangsbeitritt zu den Vereinen und Wahlkammersystem mit dem ausgesprochenen Zwecke, die für die Vereine erreichte Disciplinargewalt auf alle bayerischen Aerzte ausdehen zu können. Es müsse von zweien Uebeln jetzt das kleinere gewählt werden und das sei doch wohl der Zwangsbeitritt zu den Vereinen. Zu demselben führe die Rücksicht auf die historische Entwicklung der Standesorganisation in Bayern. Dieselbe beruhe einzig und allein auf den Bezirksvereinen, in welchen sich alles Leben und Streben der Aerzte in Bezug auf ihren Stand abgespielt habe. Bisher sehen die Aerzte nur in ihnen ihre moralischen und wissenschaftlichen, wie ihre materiellen Interessen vertreten und verkörpert. Würde man den Schwerpunkt der Standesvertretung noch ausserhalb der Vereine — in die Wahlkammern — verlegen, so verlasse man den geschichtlichen Boden und laufe Gefahr, den Zusammenschluss, den die Bezirksvereine bisher gewährleistet hätten, vollkommen preiszugeben.

Doch müsse dazu bemerkt werden, dass man die Einführung der Disciplinargewalt über alle Aerzte für so wichtig halte, dass man, wenn sie nur auf dem Wege der Wahlkammer zu erreichen sei, sich auch dieser Nothwendigkeit fügen würde. So sei das Wort „wünschenswerther" ganz conform mit den vorigjährigen Beschlüssen in den Entwurf gekommen.

Dr. Mayer als Referent: Wir hoffen eine hohe Staatsregierung wird sich durch unsere Gründe und durch Einsicht in die Standesordnung überzeugen lassen, und wird dem gesetzlichen Ausbau unserer Organisation näher treten.

Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen in Sachsen und einigen kleineren Staaten, der geplante Gesetzentwurf in Preussen lassen erkennen, auf welchen Wegen dies möglich ist.

Der hohen Staatsregierung können wir nicht vorschreiben, wie sie unseren Anträgen entsprechen möge, wir können nur als wünschenswerth bezeichnen, dass die Neuorganisation sich anschliessen möge an unsere bis da bewährte Einrichtung der Bezirksvereine. Wir neigen also mehr zu dem sächsischen Muster, ohne zu verhehlen, dass uns immer noch das preussische lieber wäre, als gar nichts. Und in der Hoffnung, dass unsere Bezirksvereins- und Kammerorganisation zu Grunde gelegt werden wird, erscheint es richtig, in kurzen Zügen anzugeben, wie wir uns die Grundzüge der künftigen Ehrengerichtsordnung denken, wie die einzelnen Instanzen, wie die Strafbestimmungen.

Nach diesen Ausführungen stelle ich zunächst den Antrag:

Die Ihnen vorliegenden Sätze anzunehmen und sie der kgl. Staatsregierung zur Würdigung zu übergeben.

Die beantragten Sätze lauten:

Um diese Standesordnung durchzuführen, ist der gleichzeitige Erlass einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinar-Verfahren nothwendig und dürften nachstehende Sätze als Anhaltspunkte für eine solche Ehrengerichtsordnung gelten können.

Strafbestimmungen.

1. Vertrauliche Verwarnung,
2. Vertrauliche Rüge,
3. Oeffentliche Rüge in der Vereinsversammlung,
4. Geldstrafen bis zu 2000 M.,
5. Aberkennung der aktiven und passiven Wahlfähigkeit für alle innerhalb der Bezirksvereine vorkommenden Wahlen bis zur Dauer von 5 Jahren,
6. Antrag auf Einleitung des Verfahrens zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Verschärfung von 4 und 5 kann durch Veröffentlichung der Erkenntnisse in der Presse erfolgen.

Als erste Instanz innerhalb der Vereine gilt der Ehrenrath der einzelnen Vereine, dessen Zusammensetzung sich aus den Satzungen der Vereine ergibt.

Als zweite Berufsinstanz fungirt der Ehrengerichtshof der Aerztekammer gemäss § 7 der gemeinsamen Geschäftsordnung der bayerischen Aerztekammern, mit der Bestimmung, dass die Aerztekammer ihren Vorsitzenden und drei zu wählende Mitglieder abordnet und das kgl. Staatsministerium des Innern den Vorsitzenden in der Person eines höheren juristischen Verwaltungsbeamten ernennt.

Unerlässlich ist auch die gesetzliche Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Einrichtungen.

Die Heranziehung der Kammerdelegirten zum Obermedicinalausschuss um dort im Detail mitzuberathen und Rede zu stehen, erscheint uns unerlässlich und rechtfertigt noch nachstehende Bitte an die kgl. Staatsregierung:

Die weiteren Berathungen über die in dieser Sache gestellten Anträge in den verstärkten Obermedicinalausschuss zu verlegen, damit durch die Delegirten die Anschauungen der Aerztekammern mündlich vertreten und sachdienliche Erläuterungen gegeben werden können.

Dr. Beckh spricht sich entschieden für das vorgeschlagene System aus.

Dr. Eidam: Der Bezirksverein Südfranken beantragt die gesetzliche Ermächtigung zur Erhebung von Umlagen den Aerztekammern und den Bezirksvereinen zu geben.

Unsere einstimmige Ansicht ist, dass sowohl hinsichtlich der Gerichtsbarkeit, als des Umlagerechts, das Schwergewicht in die Bezirksvereine zu verlegen ist. Die Bezirksvereine sind die Grundlage der ärztlichen Organisation. Wie dem Vereine, so muss auch der Casse des Vereins das Recht der juristischen Persönlichkeit zustehen. Gerade die materiellen Interessen, welche die Mitglieder am Verein haben, tragen nicht zum Wenigsten dazu bei, sie fest an diesen und seine Einrichtungen zu ketten. Dabei sind wir selbstverständlich der Ansicht, dass das Umlagerecht den Aerztekammern unbedingt gewährt werden muss.

Dann ist es uns gewohnter, statt Ehrenrath, Ehrengericht zu setzen.

Vorsitzender: Das Verlangen des Umlagerechts in der gegebenen Form ist sehr überlegt. Jeder ärztliche Verein kann ein anerkannter Verein werden und hat dann dieses Recht von selbst. Die Aerztekammer hat es aber nicht und kann es nur auf dem Wege der Gesetzgebung erlangen. Bis jetzt steht das Gelderhebungsrecht dr Kammer in der Luft, es ist nur ein Repartiren der gehabten Auslagen gestattet, was ein fortwährendes Schuldenmachen involvirt.

Ehrenrath oder Ehrengericht ist egal, dies mag später geregelt werden.

Dr. Eidam gibt sich zufrieden.

Die gestellten Anträge werden angenommen.

8) Gebührenordnung.

Seitens der vereinigten Kammervorsitzenden ist der Vorschlag gekommen, die Aerztekammer möge an die kgl. Staatsregierung die Bitte richten;

> „Eine Revision der Allerhöchsten Verordnung, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr., vom 18. Dezember 1875 vornehmen, und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen."

Referent Dr. Emmerich gibt vorerst einen Ueberblick über die allgemeinen Bestimmungen der preussischen Gebührenordnung und macht Abänderungsvorschläge.

Vorsitzender möchte nicht alle Gebührenbestimmungen der preussischen Ordnung besprochen wissen, es sei nur die specielle Taxordnung in's Auge gefasst; ob Referent nicht erklären könne, dass die preussische Taxordnung eventuell unter Hereinnahme eines Theiles der sächsischen annehmbar sei.

Dr. Emmerich erklärt, er habe eine neue Taxordnung ausgearbeitet unter Zugrundelegung auch anderer als der preussischen Taxen. Von diesen weiche seine Aufstellung auch im Detail in vielen Punkten ab.

Vorsitzender: Also lehnt sich der neue Entwurf nicht direkt an die preussische Ordnung an. Unbesehen ist eine solche Arbeit nicht anzunehmen. Die Schwierigkeiten einer Detailberathung sind Ihnen allen bekannt, ich stelle daher die Anfrage, ob die Delegirten in diese Berathung eintreten wollen.

Dr. Reichold als Correferent führt in Kürze aus, dass die preussische Gebührenordnung neben Gutem auch manche Verschlechterung bringe, so dass es zweifelhaft erscheine, wo man besser fahre. Er sei vorerst für Beibehaltung der seitherigen Taxen.

Dr. Beckh: Zur Specialberathung fehle die Zeit. Nun komme auch noch das Referat Reichold, das alles ablehne. Solle man nicht das ganze Material ebenfalls dem Delegirten zum Obermedicinalausschuss hinausgeben?

Vorsitzender: Die Materie ist zu kurz vorbereitet. Es war keine Zeit mehr, den Entwurf in Druck zu legen. Er beantrage folgendes:

Es wäre zweifellos sehr wünschenswerth, wenn in Bezug auf die Gebührenordnung für Aerzte eine Gleichheit im Deutschen Reiche erzielt werden könnte. Nachdem in neuester Zeit die Staaten

Preussen und Sachsen in Bezug auf Schaffung einer Gebührenordnung bereits mit Erlass von Verordnungen vorgegangen sind, bliebe uns allerdings, um diese Gleichheit durchzuführen, nur übrig, uns diesen Vorgängen anzuschliessen. Den allgemeinen Mittheilungen unserer Referenten ist zu entnehmen, dass es sich nicht empfiehlt, solche unbedingte Anlehnung zu suchen. Wir sehen uns deshalb gezwungen, eine Vertagung der Sache zu beschliessen, damit den einzelnen Kammermitgliedern Gelegenheit gegeben werde, die Vorschläge selbst und in ihren Vereinen zu prüfen.

Der Vorschlag wird angenommen.

9) Pfuschereiverbot.

Referent Dr. Mayer:

Dem Beschlusse der Aerztekammer von Mittelfranken 1896, wonach die Bezirksvereine Stellung nehmen sollten zur Frage, ob die Wiedereinführung eines Verbots der Pfuscherei anzustreben sei, wurde von den Vereinen nachgekommen.

Unbedingt für ein solches zu erlassendes Verbot haben sich ausgesprochen: Ansbach, Eichstätt, Fürth, Hersbruck, nordwestliches Mittelfranken, Nürnberg, Südfranken, also 7 von unseren 9 Vereinen. Rothenburg hält das Verbot auch für zweckmässig, bezweifelt aber die Ausführbarkeit und fürchtet die Wiederherstellung der Zwangshilfe.

Erlangen steht aus.

Einzelne Vereine haben ausführliche Gutachten theils eingereicht (Hersbruck-Bergmann, Südfranken-Mehler), theils im Voraus schon veröffentlicht (Nürnberg-Frankenburger).

Die bekannten Lent'schen Thesen werden von einigen mit oder ohne Zusätze zur Annahme empfohlen, die meisten erklären pure ihre Zustimmung.

Ich werde nicht umhin können, so sehr ich weiss, dass ich nur Bekanntes wiederhole, eine kurze Zusammenstellung der verschiedenen Meinungsäusserungen zur Motivirung unseres Antrages an die kgl. Staatsregierung zu geben.

Es ist zuerst die zweifellose Zunahme der Pfuscherei seit der Aufhebung des Verbotes zu betonen, eine Zunahme, die weniger leicht ersichtlich ist an der Zahl der Kurpfuscher, als an der Art und Weise, wie in allen Zeitungen und in allen Tonarten Reclame geschlagen wird für die betrügerischsten Heilmethoden und Heilmittel, und vor Allem an dem Hereinwuchern der schwindelhaften Pfuscherei in die zu reeller Handhabung der Heilkunde an erster Stelle berufenen Kreise, in die Apotheken, die allzu oft ihre staatlich concessionirte Stellung dazu benützen, Geschäfte zu machen mit Allem was Geld trägt, und leider auch in die Kreise der Aerzte selbst, die als Naturärzte, Kneipp'sche Aerzte, Homöopathen u. s. w. aus Noth oder aus Gewinnsucht sich in unüberbrückbaren Gegensatz zu ihren Standesgenossen gestellt haben.

Wie auf solche Weise das Ansehen unseres Standes geschädigt wurde und wird, ist klar. Kann doch das Publikum Pfuscher und wissenschaftliche Aerzte gar nicht mehr auseinanderhalten; doch wir Aerzte sind nicht gewohnt, dass Schädigungen unseres Standes leicht zu Aenderungen der Gesetze Anlass geben. Die Schädigung des Volkes, die ebenso zweifellos ist, dürfte ein wirksameres Motiv abgeben.

Nicht das Gros des Publikums — das wäre zu viel verlangt —, aber die in Gesetz und Verordnung massgebenden Kreise, müssen doch soviel zugeben, dass die Behandlung von Verletzung und Krankheit Seitens des geringsten Arztes, der staatlich seine Kenntnisse hat nachweisen müssen, 1000 mal richtiger fundirt sein muss, als die eines Antodidakten oder besser gesagt Ignoranten, der im besten Falle einseitig Erlebtes und Beobachtetes flugs verallgemeinert, wenn er nicht von vornherein auf Dummheit und Aberglauben speculirt.

Wie viel auf solche Weise Krankheiten verlängert und verschlechtert werden, wie viel geschadet wird durch zu spätes Herbeiholen sachgemässer Hilfe, wie viel dadurch der Einzelne und durch die Einzelnen die Gesammtheit geschädigt wird an Geldmitteln und an Gesundheit, das lässt sich nur ahnen, aber nicht mehr in Zahlen ausdrücken.

Die Schwierigkeit der Durchführung sanitätspolizeilicher Massregeln im Hinblick auf ansteckende Krankheiten etc. sei auch noch einmal erwähnt.

Niemand hofft durch ein Verbot die Pfuscherei ausrotten zu können.

So wenig die Verbrecher dadurch alle werden, dass man die Verbrechen bestraft, so wenig wird der Pfuscherei je ganz gesteuert werden können.

Aber die gröbsten Auswüchse derselben lassen sich sicher beseitigen und der Verwirrung des Volkes, das nicht mehr im Stande ist, in dem ohrbetäubenden Tam-tam der Pfuschereireclamen sich zurecht zu finden, wird bedeutend gesteuert werden können.

Wohl sagt man, es sei eine zu weit gehende Beschränkung der persönlichen Freiheit, wenn nicht Jeder sich behandeln lassen dürfe, wo und von wem er wolle. Nun, der Staat bevormundet das Volk schon jetzt in vielen Dingen und wir meinen mit Recht. Er erzwingt die Fürsorge in Krankheits- und Invaliditätsfällen, er verhindert den Wucher u. s. w. u. s. w., er hat jetzt schon Impfung, Leitung von Spitälern und Irrenanstalten den Laien entzogen, wie er auch das Pfuschen im Umherziehen schon aufgehoben hat.

Und wenn er die Pferde schützen darf, dass sie nur von approbirten Hufschmieden beschlagen werden, soll er nicht seine Bewohner schützen dürfen vor der schlimmsten aller Uebervortheilungen, die ihnen zugefügt werden an der Gesundheit ihres Leibes.

Man sagt, es könne dem Einen oder Anderen einmal ärztliche Hilfe fehlen. Bei dem Massenzuwachs an Aerzten ist dies sicher nicht richtig. Und wenn in bestimmten Landbezirken in der That die Gegend so arm sein sollte, dass sie keinen Arzt ernähren kann, so ist durch Schaffen von staatlich besser subventionirten Stellen unschwer abzuhelfen, und es braucht nicht die Hochfluth des Pfuscherthums deshalb auf dem ganzen Reich liegen. Sollte aber wirklich für einige Robinsone auf entlegenen Inseln auch so nichts zu machen sein, so hat für solche Fälle auch früher das Gesetz immer Nachsichtsbestimmungen enthalten.

Wir bemerken hiezu noch, dass es ein gewaltiger Irrthum ist, dass Mangel an rechtzeitiger Hilfe im Allgemeinen oder doch öfter den Kranken zum Pfuscher treibe; die wirklich gefahrdrohenden Fälle, die rasches Eingreifen erfordern, sind es nicht, an die sich der Pfuscher drängt; seine Impotenz käme ja dabei zu schnell ans Licht. Die überlässt man gerne den Aerzten. Man müsste wirklich einmal die Aufzählung auch weniger verbürgter Fälle verlangen, wo ein Laie bei plötzlichem Erkranken hat Hilfe bringen müssen, und hat bringen können.

Uns scheint der ganze Einwand ohne Kenntniss der Wirklichkeit theoretisch construirt. Natürlich darf man nicht jede Tasse Thee, die eine mitleidige Nachbarsfrau mit bestem Erfolge angerathen hat, als lebensrettend oder die Verordnung als strafbare Pfuscherei ansehen.

Das eigentliche Operationsfeld der Pfuscher sind im Gegentheil die langsam verlaufenden chronischen Krankheitsfälle, die Ausdauer und Geduld von Kranken und Arzt erfordern und oft doch überhaupt nicht zu heben sind. Es ist ein mildernder Umstand für einen Kranken, der dem Pfuscher sich in die Hände gibt, wenn nicht in der von ihm gewünschten Zeit Besserung seines Zustandes eintritt; der Staat hat aber in etwas Verpflichtung, wenigstens dem gröbsten Schwindel Halt zu gebieten, der sich an diese Aermsten herandrängt, und sie, wenn nicht an der Gesundheit, so doch am Geldbeutel schädigt.

Wir Aerzte wissen, dass das Verbot der Pfuscherei gleichbedeutend ist mit einem Ausscheiden unseres Standes aus der Gewerbeordnung, und wir streben ja darnach und hoffen in Bälde auch in Bayern eine Aerzteordnung zu erreichen. Diese wird es dann ermöglichen, Auswüchse, die im ärztlichen Stand sich gebildet, wirksam zu beseitigen und den sittlichen Standpunkt wieder zu bekommen, der durch unsere Einreihung in die Gewerbeordnung, durch die sociale Gesetzgebung, gegen deren schädliche Einwirkung in mancher Beziehung wir uns nicht schützen können u. s. w. u. s. w. bedenklich verschoben worden ist.

Die Vortheile, die uns die Einreihung in die Gewerbeordnung gebracht hat, brauchen deshalb nicht verloren zu gehen. Die Freizügigkeit wird gewährleistet sein, durch das gleiche Studium und gleiche Examen im ganzen Reich.

Speciell das Verbot der Pfuscherei involvirt aber auch in gar keiner Weise die Wiedereinführung eines Zwanges zur Hilfeleistung. Die Lage des Publikums ist ja durch die Unmöglichkeit einen Pfuscher herbeirufen, nicht schlechter als jetzt, da, wie wir oben ausgeführt, in wirklichen Noth- und Unglücksfällen kein solcher von Nutzen sein kann, es vielmehr meist besser ist, wenn er die Hände so lange als möglich davon lässt; dazu ist die Nothhilfe als solche immer selbstverständlich straflos und besteht überdies ein Zwang auch heute schon in Bayern, da jeder Arzt polizeilich requirirt werden kann. Die zu erwartenden und schon bestehenden ärztlichen Standesordnungen erlauben zudem nicht das grundlose Verweigern von ärztlicher Hilfe.

Auch hier stellen wir zuletzt noch die Behauptung auf, dass die grundlose Hilfeweigerung in wirklich dringenden Fällen so gut wie gar nicht vorkommt, obwohl sie ja erlaubt ist, dass dennoch auch hier die theoretische Ueberlegung einen Uebelstand zusammengebraut hat, der in greifbarem Maasse wahrscheinlich gar nicht besteht.

So mögen die Collegen sich nicht fürchten, dass ein neuer Zwangsparagraph zur Hilfeleistung ihnen drohe. Charakteristisch für die selbstlose Auffassung der Pfuschereifrage in ärztlichen Kreisen ist aber, dass einzelne Gutachten selbst die Wiedereinführung dieser Zwangsparagraphen in Kauf zu nehmen sich bereit erklärten und dabei nur verlangen, dass Verfehlungen gegen eine solche Bestimmung vor „ärztlichem Forum", also vor unseren Ehrengerichten, abgeurtheilt werden sollen. Dazu braucht es aber nicht den Gesetzesparagraphen selber, sondern nur die Beifügung eines entsprechenden Postulates in den Standesordnungen.

So etwa sind die Stimmen aus unseren Vereinen. Sie lassen sich zusammenfassen in ihren Schlussfolgerungen in die 4 Thesen der vortrefflichen Zusammenstellung von Lent, die ich die Kammer bitte, ebenfalls anzunehmen und der kgl. Staatsregierung als unsere Willensmeinung zu unterbreiten.

Nürnberg hat zu These 2 einen kleinen Zusatz beantragt, der die Schädigung unseres Standes durch die sociale Gesetzgebung hervorhebt. Ich habe gegen diesen Zusatz nichts zu erinnern.

Die Thesen lauten:

1. Die Freigabe der Ausübung der Heilkunde hat das öffentliche Wohl direct und indirect und das Ansehen der Aerzte schwer geschädigt.
2. Die Voraussetzungen, unter denen die Ausübung der Heilkunde durch die Reichsgewerbeordnung freigegeben wurde, haben sich nicht erfüllt, weil die Unterscheidung zwischen Arzt und Kurpfuscher (§ 29) vom Volke nicht verstanden wird, weil die Kurpfuscherei an Umfang erheblich zugenommen hat, weil die Bestrafung der Kurpfuscherei für angestifteten Schaden nur selten erfolgt,

der Zusatz von Nürnberg zu No. 2:

weil in Folge der Entwicklung der socialen Verhältnisse und der socialpolitischen Gesetzgebung sich ethische und materielle Schädigungen des Aerztestandes ergeben haben, welche bei Einführung der Gewerbeordnung nicht vorauszusehen waren.

3. Die Kurpfuscherei im Umherziehen, welche vom Reichstag (Gesetz vom 1. Juli 1883) schon wieder verboten wurde, ist unter Strafe zu stellen.
4. Die Ausübung der Heilkunde ist den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung (§ 6 etc.) zu entziehen und durch eine deutsche Aerzteordnung zu regeln.

Die Kammer stimmt dem Antrage zu.

Dr. Beckh: Bei den Verhandlungen über diesen Gegenstand im heurigen deutschen Aerztetag wurde von dem Vertreter von Frankfurt behauptet, die Regierungen selbst hätten die Kurpfuscher mit einem officiellen Nimbus umgeben, indem sie dieselben zur Versteuerung ihres Gewerbes herangezogen haben. Besonders Bayern habe dies gethan. Ich möchte fragen, ob diese Behauptung richtig ist.

Regierungscommissär Dr. Martius erklärt, darüber in keiner Weise instruirt zu sein.

Dr. Wahl constatirt aus seinen Erfahrungen die Thatsache solcher Besteuerung. Die Betreffenden werden aufgeführt als „die Heilung von Menschen betreibend“.

Dr. Beckh drückt sein Bedauern aus, dass so etwas möglich sei.

10) Berichte der Bezirksvereine:

a) Ansbach: Dr. Rüdel:

Der Bezirksverein Ansbach zählt 22 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Burkhardt sen.

Vorträge wurden gehalten:

Von Kreismedicinalrath Dr. Martius: Ueber die sanitären Verhältnisse in Mittelfranken, dann über Pest und Pestbacillen mit mikroskopischen Demonstrationen.

Dr. Rüdel: Referat über Hertwig's Arbeit „Gehirn und Seele“.

Dr. Spaet: Statistische Arbeit über die Infectionskrankheiten im Stadt- und Landbezirk.

Dr. Weinstock: Ueber Schilddrüsentherapie und Jodpräparate.

Dr. Voll: Ueber Infiltrationsanaesthesie nach Schleich.

Dr. Moor: Ueber die Aetiologie des Tripperrheumatismus.

Ausserdem wurden vielfach pathologisch-anatomische Präparate demonstrirt,

b) Eichstätt: Dr. Beck:

Der ärztliche Bezirksverein Eichstätt zählt zur Zeit 10 Mitglieder, darunter 2 Militärärzte.

Vorsitzender ist Dr. Beck, Schriftführer und Cassier Dr. Pickl, beide in Eichstätt.

Ausgetreten und nach Ingolstadt verzogen ist Dr. Grassler, seither in Greding. Stabsarzt Dr. Zwick wurde nach Landshut versetzt, dagegen ist Stabsarzt Dr. Zeisser dem Vereine beigetreten.

Sitzungen wurden 2 abgehalten. Die Mitglieder betheiligen sich an der monatlichen Zusammenstellung der Infectionskrankheiten.

Für die 7 Aerzte der Stadt besteht ein Leseverein, welcher zwei Fachzeitschriften stellt.

c) Erlangen: Dr. Fritsch:

Der Bezirksverein Erlangen zählt zur Zeit 44 Mitglieder und 2 Ehrenmitglieder.

I. Vorsitzender: Professor Dr. Fleischer,
II. „ Stabsarzt Dr. Sönning,
Schriftführer: Dr. L. R. Müller,
Cassier: Oberarzt Dr. Köberlin.

Es wurden in der Regel alle 4 Wochen zahlreich besuchte Sitzungen abgehalten.

d) Fürth: Dr. Stark:

Der ärztliche Bezirksverein Fürth hat zur Zeit 29 Mitglieder, von denen 25 auf die Stadt, 4 auf das Land entfallen. Vorsitzender ist Hofrath Dr. Mayer, Schriftführer und Cassier Dr. Stark; während 1 College, nach Nürnberg verzogen, seinen Austritt erklärte, kamen durch Niederlassung in der Stadt 2 Collegen in Zugang und ein weiterer College auf dem Lande, der schon mehrere Jahre dort prakticirt. Die Sitzungen des Vereines finden zwanglos statt, je nach Anfall des Materiales.

Dem Vereine gehören nicht an ein Naturheilarzt und zwei practicirende Militärärzte.

Als hygienisch wichtig ist hervorzuheben, dass ein Project seiner Verwirklichung entgegengeht, dem der Verein mit Interesse gegenübersteht. Zur Errichtung eines Sanatoriums für Fürth steht ein Capital von 100,000 M. bereits zur Verfügung und eine weitere Stiftung im gleichen Betrage ist fest zugesagt.

Die Statuten des Vereins wurden der Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 gemäss abgeändert.

e) Hersbruck: Dr. Reichold.

Der ärztliche Bezirksverein Hersbruck besteht aus 13 Mitgliedern. 1 Mitglied, Dr. Kahr in Hartmannshof, ist zugezogen.

Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Götz; stellvertretender Vorsitzender, Schriftführer und Cassier: Dr. Wollner.

Versammlungen wurden in diesem Jahre bisher 6 abgehalten. Die Besprechung von Standesinteressen stand im Vordergrund; ausserdem wurden mehrere wissenschaftliche Vorträge, darunter zwei grössere, gehalten.

f) Nordwestliches Mittelfranken: Dr. Pöschel:

Der ärztliche Bezirksverein für das nordwestliche Mittelfranken hat 18 Mitglieder, welche sämmtlich bei der Morbiditätsstatistik betheiligt sind. Versammlungen werden jährlich 3—4 abgehalten.

Vorsitzender: Dr. Pöschel,
Cassier: Dr. Federschmidt,
Schriftführer: Dr. Lauer.

g) Nürnberg: Dr. Beckh:

Der Bezirksverein Nürnberg ging in das Jahr 1897 mit 121 Mitgliedern, und zwar 109 Mitgliedern in Nürnberg und 12 auf dem Land. Während des Jahres gingen bis jetzt zu 10 Mitglieder und ab 5 Mitglieder und zwar 4 durch Wegzug, 1 Dr. Wirth durch Tod, so dass der heutige Stand 126 Mitglieder beträgt. Vereinsversammlungen fanden seit dem October vorigen Jahres 5 statt, ferner 10 Sitzungen des Gesammtvorstandes. Ehrengerichtliche Verbescheidungen wurden 5mal nachgesucht. Gegenstände der Verhandlungen waren Krankencassenfragen, ferner die Vorlagen für den deutschen Aerztetag und die mittelfränkische Aerztekammer, welche zu eingehenden Referaten und Besprechungen Anlass gaben. Die im Januar satzungsgemäss auf 3 Jahre vorgenommene Vorstandswahl ergab die bisherigen Namen.

h) Rothenburg: Dr. Wahl:

Der ärztliche Bezirksverein Rothenburg hat 13 Mitglieder.

Bezirksarzt Dr. Wahl, Vorsitzender,
Dr. Lederle, Schriftführer.

3 Versammlungen fanden statt.

i) Südfranken: Dr. Eidam:

Der ärztliche Bezirksverein für Südfranken besteht aus 46 Mitgliedern in den Bezirksämtern Schwabach, Weissenburg, Gunzenhausen, Dinkelsbühl, Feuchtwangen, Hilpoltstein, dabei 2 ausserordentliche Mitglieder aus dem Regierungsbezirk Schwaben.

Verzogen ist Fest-Allersberg nach Landsberg a/L., Hock-Mühlhof nach Hessen.

Gestorben Besold-Oettingen.

Eingetreten Denk-Ellingen, Fritzsche-Allersberg, Künstler-Solenhofen, Scheuermann-Abenberg, Pfaff-Wassertrüdingen, Lauk-Gunzenhausen.

Abendversammlungen fanden 9 statt, Tagesversammlungen 2, im October 1896 und im Mai 1897.

Die Morbiditätsstatistik ist durchgeführt.

Die Vereinsstatuten sind nach dem Ministerialerlass vom 9. Juli 1895 geändert worden.

Vorstandschaft: Lochner-Schwabach, Vorsitzender,
Eidam-Gunzenhausen, Schriftführer,
Bischoff-Gunzenhausen, Cassier.

11) Vornahme der Wahlen:

a) Delegirter zum Obermedicinalausschuss:

Dr. Merkel; Stellvertreter Dr. Lochner (Wahl durch Acclamation).

b) Mitglieder der Commission zur Aberkennung der Approbation: Dr. Rüdel, Dr. Dietz, Dr. Eidam, Dr. Graser, Dr. Reichold.

c) Schiedsgericht zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895:

1. Mitglieder: Dr. Beckh, Dr. Mayer, Dr. Pöschel, Dr. Stark;
2. Stellvertreter: Dr. Emmerich, Dr. Fritsch.

Alle Gewählten nehmen die Wahl an.

Dr. Merkel dankt dem k. Commissär für seine Theilnahme an den Verhandlungen und schliesst die Kammer mit einem Hoch auf Seine Königliche Hoheit Prinz-Regent Luitpold.

Dr. Dietz dankt Dr. Merkel für seine Geschäftsleitung.

Schluss 1 Uhr.

Dr. Merkel. Dr. Mayer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Unterfranken.

Würzburg, den 30. Oktober 1897.

Beginn der Sitzung 9½ Uhr Vormittag.

Anwesend: Als Regierungscommissär der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. G. Schmitt. Als Delegirte der Bezirksvereine: Aschaffenburg: Dr. Roth, k. Landgerichtsarzt; Ebern-Hassfurt: Dr. Albert, k. Bezirksarzt; Gemünden-Lohr: Dr. Oschmann, prakt Arzt; Gerolzhofen-Volkach: Dr. Zöllner, k. Bezirksarzt; Kissingen: Dr. Sotier, grossherzogl. Mecklenb. Medicinalrath; Kitzingen: Dr. Lorenz, k. Bezirksarzt; Königshofen i. G.: Dr. Kundtmüller, prakt. Arzt; Miltenberg-Amorbach: Dr. Reiter, prakt. Arzt; Neustadt a. S.: Dr. Schmitt, k. Bezirksarzt; Obernburg: Dr. Blumm, k. Bezirksarzt; Ochsenfurt: Dr. Goy, k. Bezirksarzt; Schweinfurt: Dr. Bruglocher, k. Bezirksarzt; Würzburg: Dr. Röder, k. Bezirksarzt; Dr. Dehler, prakt. Arzt; Dr. Engelhardt, k. Bezirksarzt.

Der Alterspräsident Herr Dr. Sotier leitet die Wahl des Bureaus. In schriftlicher geheimer Abstimmung werden gewählt:
Herr Dr. Röder als Vorsitzender,
Herr Dr. Bruglocher als Stellvertreter des Vorsitzenden,
Herr Dr. Dehler als Schriftführer.

Herr Regierungscommissär, Kreismedicinalrath Dr. Schmitt begrüsst die Versammlung im Namen der k. Regierung und gibt ausführliche Erläuterungen über die neu eingeführten Vorschriften bezüglich der ärztlichen Jahresberichte.

Hierauf tritt die Versammlung in die Berathung der Tagesordnung ein. Von Seite des k. Staatsministeriums resp. der k. Kreisregierung liegen keine Berathungsgegenstände vor.

Der Vorsitzende: In den Einlauf des ständigen Ausschusses gelangten:

1. eine Entschliessung der k. Kreisregierung vom 5. Dezember 1896, welche dem vorgelegten Regulativ: Geschäftsordnung der Aerztekammer Genehmigung ertheilt,
2. eine Entschliessung des kgl. Staatsministeriums des Innern vom 12. Juli 1897 betr. die Verbescheidung der vorjährigen Kammerverhandlungen. Je ein Exemplar dieser Entschliessung wurde den Vorständen der Bezirksvereine zugestellt.

Die Unterfranken betreffenden Ziffern gelangen zur Verlesung.

Am 10. October ds. Js. fand eine Besprechung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse (nach § 6 der Geschäftsordnung) in Nürnberg statt und auf Grund jener Berathung unterstellt der ständige Ausschuss folgende Punkte der Berathung:

1. Antrag: Die Aerztekammer stellt an die k. Staatsregierung die Bitte, es möchten sämmtliche Aerzte, die in Bayern Praxis ausüben, einer zu schaffenden Standesordnung unterstellt werden.

Der Antrag wurde bereits in den Jahren 1894, 1895 und 1896 von der Kammer angenommen und gelangte auch in diesem Jahre wieder zur einstimmigen Annahme. Die Begründung des Antrages ist in dem gedruckten Protokolle des Jahres 1896 pag. 10 niedergelegt.

2. Antrag: Zur Durchführung dieser erbetenen Standesordnung möchten Disciplinargerichte gewährt werden.

Auch in dieser Beziehung wiederholt die Kammer eine im Jahre 1896 (Prot. pag. 10) an die k. Staatsregierung gestellte Bitte.

Bei Einführung dieser Disciplinargerichte erbittet die Kammer für die in der Anlage unter Strafbestimmungen angeführten Sätze geneigte Berücksichtigung.

Nachdem Herr Bruglocher anführte, dass der Wortlaut der Gewerbeordnung der Annahme der Ziffer 6 entgegenstehe, fügt die Kammer einstimmig den Wunsch hinzu: „Es möchten die entgegenstehenden Bestimmungen der Gewerbeordnung beseitigt werden.“

Antrag einstimmig angenommen.

3. Antrag: Es mögen die Aerztekammern gesetzlich ermächtigt werden zur Einhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Einrichtungen.

Auch diesem Antrage stimmt die Kammer zu, gleichwie dem folgenden.

4. Antrag: Kgl. Staatsregierung möge die weitere Berathung über die, bezüglich der ärztlichen Standesorganisation gestellten Anträge in den verstärkten Obermedicinalausschuss verlegen.

5. Der Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns gelangt einstimmig zur Annahme; lediglich sub 22 soll eingefügt werden: wenn auf die Hülfe des Erstbehandelnden verzichtet, und dieser davon „persönlich oder schriftlich“ benachrichtigt wurde.

6. Gleichwie im Vorjahre (Prot. pag. 16) richtet die Kammer an die k. Staatsregierung die Bitte, eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung vornehmen zu wollen, diesmal mit der weiteren Bitte, es möge bei dieser Revision volle Anlehnung an die neue preussische Taxordnung erfolgen.

7. Die im Jahre 1896 von der Kammer gestellte Bitte betr. das „Kurpfuschereiverbot“ (Prot. pag. 8 und 9) wird wiederholt. Die Kammer ist einstimmig der Ansicht, dass die Aenderung der Gewerbeordnung im Sinne dieser Bitte nicht nur einen wiederholt auf den Aerztetagen ausgesprochenem Wunsche der überwiegenden Majorität der deutschen Aerzte erfüllen, sondern auch dem Wohle des Volkes zu unberechenbarem Vortheile gereichen würde.

8. Wahlen: Als Delegirter zum erweiterten Obermedicinal-Ausschuss wird Dr. Röder gewählt, als Stellvertreter Dr. Lorenz.

In den Ausschuss betr. Aberkennung der Approbation (kgl. Allerh. Verordnung vom 27. Dezember 1883) werden gewählt die Herren: Bruglocher, Goy, Engelhardt, Lorenz, Röder.

Die Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 wird gebildet aus den Herren Bruglocher, Goy, Engelhardt, Lorenz, (Ersatzmitglieder Sotier und Roth).

Wahl zum deutschen Aerztetag: Delegirte die Herren Dr. Röder und Roth (Ersatzmänner Dr. Lorenz und Goy).

Alle Cassageschäfte für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte übernimmt wieder Herr Dr. Dehler.

Der Cassier Dehler erstattet den Cassabericht pro 1897, wonach bei 241 Mitgliedern die Einnahmen 243 Mark, die Ausgaben 203,75 Mark betragen. Der Vermögensstand ist 136,60 Mark. — Die Kammer ertheilte den Herrn Cassier Decharge und spricht ihm für seine Mühewaltung lebhaften Dank aus.

Der Kammerbeitrag für das Jahr 1898 wird auf 1 Mark pro Vereinsmitglied festgesetzt.

Der Vorsitzende schliesst mit dem Ausdrucke des Dankes für die Förderung, welche den Verhandlungen durch die Theilnahme des Herrn Regierungs-Commissärs geworden, die Sitzung um 12 Uhr.

Der Vorsitzende: Dr. Röder. Der Schriftführer: Dr. Dehler.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Schwaben und Neuburg.

Augsburg, den 30. Oktober 1897.

Beginn Morgens 9 Uhr.

Anwesend: Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Roger als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: Bezirksverein Algäu: Dr. Molitor, prakt. Arzt in Buchloe, und Dr. Wille, kgl. Bezirksarzt in Oberdorf b. Biessenhofen; Bezirksverein Augsburg: Dr. Miehr, prakt. Arzt in Augsburg, und Hofrath Dr. Tröltsch, prakt. Arzt allda; Bezirksverein Dillingen: Dr. Sell, kgl. Bezirksarzt in Dillingen; Bezirksverein Günzburg-Neuulm: Dr. Waibel, kgl. Bezirksarzt in Günzburg a. D.; Bezirksverein Lindau: Dr. Volk, kgl. Bezirksarzt in Lindau; Bezirksverein Memmingen: Dr. Holler, kgl. Bezirksarzt in Memmingen; Bezirksverein Nordschwaben: Dr. Lauber, kgl. Bezirksarzt in Neuburg a. D.

Vor Beginn der Sitzung erwies der kgl. Regierungspräsident Hr. Wilhelm Lermann der Kammer die hohe Ehre, dieselbe im Sitzungssaale zu begrüssen und sich von dem kgl. Kreismedicinalrathe Herrn Dr. Roger die Kammermitglieder einzeln vorstellen zu lassen.

Hierauf eröffnete der kgl. Regierungscommissär die Kammer mit einer kurzen Begrüssung der Delegirten.

Als Aeltester der Delegirten dankte Hofrath Dr. Tröltsch dem Herrn Kreismedicinalrathe für die Ehre der Vorstellung und für seine freundlichen Begrüssungsworte, theilte sodann mit, dass für den in Urlaub befindlichen Delegirten des Bezirksvereins Algäu, Herrn kgl. Landgerichtsarzt Dr. Riegel, nach Anzeige des Bezirksvereinsvorstandes als Ersatzmann Herrn Dr. Wille erschienen sei.

Die im vorjährigen Protokolle der kgl. Regierung zur Genehmigung vorgelegte neue Geschäftsordnung der Kammer wird, weil unbeanstandet geblieben, als genehmigt angenommen.

Darauf liess Dr. Tröltsch als Alterspräsident die Bureauwahl mittelst Stimmzettel vornehmen. Es wurden gewählt: im ersten Gange: als Vorsitzender Herr Dr. Tröltsch, als dessen Stellvertreter Herr Dr. Holler; im zweiten Gange: Herr Dr. Miehr als Schriftführer und Herr Dr. Sell als dessen Stellvertreter.

Dr. Tröltsch übernimmt den Vorsitz und legt die von ihm entworfene Tagesordnung zur Kenntnissnahme des kgl. Regierungscommissärs und der Delegirten vor.

Dieselbe enthält:

I. Beschlussfassung über Zulassung zu spät angemeldeter Anträge.

Zwei Anträge des Bezirksvereins Allgäu, welche erst vor 3 Tagen zur Kenntniss des Vorsitzenden des ständigen Ausschusses gelangt sind, wurden durch den Delegirten Dr. Wille der Kammer dem Wortlaute nach mitgetheilt. Bei der Diskussion über die Zulassung zu der Tagesordnung derselben wurde der Wunsch kundgegeben, dass eine Bestimmung, die in der neuen Geschäftsordnung nicht mehr enthalten ist, von der Kammer heute ausdrücklich wieder aufgestellt werde, dahingehend, dass nur diejenigen Anträge einzelner Bezirksvereine, welche zum mindesten 3 Wochen vor dem Termine zur Aerztekammer an den geschäftsführenden Ausschuss gelangen,

ohne Diskussion in die Tagesordnung eingereiht werden können, bei allen später einlaufenden aber deren Zulassung zu Beginn der Tagesordnung von der Kammer erst diskutirt und beschlossen werden müsse.

Dieser Wunsch wurde zum Beschluss gebracht.

Von den beiden Anträgen des Bezirksvereins Algäu wurde darauf der eine behufs vorheriger Mittheilung an die Ausschüsse der übrigen Kammern von dem Delegirten Dr. Wille für heute zurückgezogen.

Der zweite fand wegen seiner Dringlichkeit Aufnahme als letzter Punkt der vorliegenden Tagesordnung.

II. Rechenschaftsbericht des Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der vorjährigen Aerztekammer.

Dieser Bericht erwähnt den Vollzug der jährlich immer wiederkehrenden Geschäfte des ständigen Ausschusses und theilt mit, dass die demselben in vorjähriger Aerztekammersitzung bei den Punkten X und XI der Tagesordnung ertheilten Aufträge in Ausführung gebracht worden seien und dass in Folge dessen in sämmtlichen acht Aerztekammern heuer ein Antrag auf Revision der Taxordnung für die Aerzte Bayerns vom Jahre 1875 eingebracht werden wird, während die Vorlage eines historischen Rückblickes auf 25 jährige Kammerthätigkeit, ähnlich wie die schwäbische Aerztekammer 1896 der Güte des Herrn Dr. Miehr zu danken hatte, schwerlich für dieses Jahr schon in allen übrigen Kammern sich wird erzielen lassen; dagegen habe der Gedanke, einen Gesammtbericht zum Theil auf Grund der Arbeiten einzelner Kammern über die 25 jährige Thätigkeit der bayer. Aerztekammern überhaupt zu veranlassen und gedruckt erscheinen zu lassen, den Beifall aller Vorsitzenden der Aerztekammer-Ausschüsse gefunden und sei dessen Ausführung in bestimmte Aussicht genommen.

An der auf den 10. Oktober ds. Js. in Nürnberg anberaumten Versammlung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der Aerztekammern und der Delegirten zum erweiterten Ober-Medicinalausschusse habe auch Berichterstatter theilgenommen; es seien dabei alle acht Aerztekammern vertreten gewesen mit einziger Ausnahme der oberpfälzischen, deren Vorsitzender leider Nachts zuvor erkrankt war.

Die Resultate der Berathungen dieser Versammlung seien allen Delegirten sofort mitgetheilt worden.

Am 29. ds. Mts. Abends habe ein Vorbesprechung der Delegirten, wie alle Jahre, hier stattgefunden.

III. Ständige Geschäfte nach § 3 der neuen Geschäftsordnung.

Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse und seines Stellvertreters:

Durch Acclamation wurden Herr Dr. Holler als Delegirter und Herr Dr. Volk als Stellvertreter gewählt. Beide nahmen die Wahl dankend an.

Wahl der Commission betr. Aberkennung der ärztlichen Approbation gemäss kgl. A. V. vom 27. Dezember 1883:

Es wurden per acclamationem gewählt die Herren Dr. Holler, Dr. Molitor und Dr. Riegel, welche die Wahl annahmen.

Wahl der Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der kgl. A. V. vom 9. Juli 1895:

Gewählt wurden ausser dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses als Mitglieder die Herren Dr. Miehr und Dr. Waibel, als Stellvertreter der letzteren die Herren Dr. Molitor und Dr. Sell.

Wahl des Kreiscassiers für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte in Bayern:

Herr Dr. Curtius, prakt. Arzt und Bahnarzt in Augsburg, soll unter Dank wieder gebeten werden, diese Function fortzuführen.

Festsetzung des Kammerbeitrages nach Kopfzahl der Vereinsmitglieder und Abrechnung für das abgelaufene Jahr:

Cassabericht, erstattet von dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der Aerztekammer 1896.

Einnahmen:

Uebernommener Activrest	M. 149,57,
Mitgliederbeiträge pro 1896 von den ärztlichen Bezirks-Vereinen Algäu und Günzburg-Neuulm (57 Mitglieder à M. 1,50)	M. 85,50,
Mitgliederbeiträge pro 1897 von den sämmtlichen 7 ärztlichen Bezirks-Vereinen Schwabens (183 Mitglieder à M. 1,50)	M. 274,50,
$3^1/_2$ % Zins aus 300 M Augsburger Stadtanlehen	M. 10,50,
Summa:	M. 520,07.

Ausgaben.

Rückzahlung zu hoch eingezahlter Mitgliederbeiträge an den ärztl. Bezirksverein Memmingen	M. 12,—,
Für Anfertigung der 2 Copien des Protokolles	M. 13,70,
Für Druck der Protokolle	M. 31,25,
Für Tabellen zur Morbiditätsstatistik	M. 66,—,
Für Diäten und Fahrtvergütung an den Vorsitzenden aus Anlass des Besuches der Versammlung in Nürnberg	M. 30,50,
Für Diäten und Fahrtvergütung an den Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse	M. 31,35,
Für Porti	M. 7,84,
Summa:	M. 192,64.

Abgleichung:

Einnahmen	520,07 M.,
Ausgaben	192,64 M.,
Aktivrest:	327,43 M.

Dazu 300,— M. Augsburger Stadtanlehen in Cassa.

Die Anträge, aus dem Aktivreste ein Augsburger Stadtanlehen zu 100 M. zu kaufen, ferner die Anschaffung eines Hektographen zu bethätigen, die Höhe der Mitgliederbeiträge aber gleich zu lassen, werden einstimmig angenommen.

IV. Mittheilung des Einlaufes.

Die Verbescheidung des kgl. Staatsministeriums des Innern, betr. die Verhandlungen der Aerztekammern i. J. 1896, wurde von dem Vorsitzenden vorgelesen und zur Besprechung gestellt. Hiezu ergriff Niemand das Wort. Der übrige Einlauf, vom welchem die Einsendung zweier gebundener Exemplare der Beiträge zur Morbiditätsstattistik Bayerns von Herrn kgl. Bezirksarzt Dr. Friedrich Böhm in Neuulm mit dankenden Worten besondere Erwähnung fand, wurde zur Kenntnissnahme der Delegirten vorgelegt.

V. Bericht des Herrn Kreismedicinalrathes über die sanitären Verhältnisse des Kreises.

Der Herr Kreismedicinalrath erklärte zunächst, dass es gemäss ministeriellem Erlasse heuer das letztemal sein werde, dass er diesen Bericht der Kammer vorzulegen habe.

Um der Besprechung der wichtigen Anträge, die nach der vorgelegten Tagesordnung die heutige Kammer noch beschäftigen sollen, die nöthige Zeit nicht zu rauben, wünsche er, dass seine Berichterstattung erst nach dieser stattfinden solle, welchem Wunsche entsprochen wird.

VI. Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns und die damit zusammenhängende Frage der Aerzteordnung.

Der auf diesen Punkt der Tagesordnung bezügliche Antrag ist in gedruckter Beilage dem Protokolle angefügt.

Das Referat zu demselben hatte Herr Dr. Waibel übernommen. Zur Einleitung hiezu begründete Referent die allmählig allseitig anerkannte, aber nicht oft genug hervorzuhebende Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit der Schaffung einer gemeinsamen Standesbezw. Aerzteordnung und setzte auseinander, wie die Förderung und Verwirklichung dieses seit Jahrzehnten ersehnten und angestrebten Zieles sowohl im Interesse des Staates als der Aerzte liegt, führte darauf an, wie die kgl. bayerische Staatsregierung in wohlwollender Weise den Bestrebungen der Aerztekammern Bayerns entgegenkomme, weshalb man mit den besten Hoffnungen an die Besprechung und Berathung eines Entwurfes über eine Standesund im Anschlusse hieran über eine Ehrengerichts-Ordnung herantreten könne. In allgemeinen Erörterungen betonte Referent sodann, dass es den bayerischen Aerzten gewiss in ganz überwiegender Mehrzahl bei Schaffung einer Standes- bezw. Aerzteordnung hauptsächlich auf zwei Punkte ankomme, nämlich darauf, dass sämmtliche Aerzte den Bestimmungen der zu schaffenden Aerzteordnung sich zu unterwerfen haben und dass diese Frage im Anschlusse an die bisherige Entwicklung der Aerzteorganisation in Bayern auf dem Wege des obligatorischen Beitritts zu den ärztl. Bezirksvereinen ihre Erledigung finden möge etc.

Nach diesen Worten des Referenten wies der Vorsitzende darauf hin, dass der bezügliche Antrag in seinem Wortlaute gedruckt in den Händen der Delegirten sich bereits befindet, übergab ein Exemplar davon dem kgl. Regierungscommissär und eröffnete die Discussion. Dieselbe erstreckte sich zunächst auf das Allgemeine, hernach auf das Eingehendste über die Einzelheiten, namentlich des Entwurfes zu einer Standesordnung.

Schliesslich wurde der Antrag seinem ganzen Wortlaute nach unverändert von der Aerztekammer einstimmig angenommen, dabei aber das Verlangen gestellt und zum Beschluss erhoben, dass alle abweichenden Anschauungen einzelner Delegirten resp. Bezirksvereine oder mehrerer derselben zusammen, wie sie sich bei der Discussion ergeben haben, dem Protokolle gewissenhaft einverleibt werden sollen, damit auch sie bei der endgiltigen Berathung und Beschlussfassung in dieser Frage im erweiterten Obermedicinalausschusse von den dazu Delegirten aller Kammern, an deren Einberufung zu diesem Zwecke die Bezirksvereine insgesammt nicht zweifeln wollen, einer erneuten Erwägung unterworfen werden mögen, entsprechend der grossen Wichtigkeit der Frage für die Zukunft des ärztlichen Standes.

Derartige abweichende Anschauungen waren folgende:

So wünscht der ärztliche Bezirksverein Nordschwaben, den Beitritt aller Aerzte eines Vereinsbezirkes zu dem ärztlichen Bezirksvereine nicht obligatorisch oder selbstverständlich zu machen, die Disciplinargewalt des Bezirksvereines, bezw. seines Ehrengerichtes, solle sich aber auf alle im zugehörigen Bezirke ansässigen Aerzte erstrecken, gleichviel, ob sie Mitglieder des Vereines sind oder nicht. Dabei wurde von dem Delegirten Dr. Lauber darauf hingewiesen, dass ein Zwang zum Beitritt aller Aerzte zu den Bezirksvereinen geradezu einen Gegensatz bilde zu den Zugeständnissen, wie sie erst in der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 den Aerzten, bezw. den Bezirksvereinen, zu ihrer grossen Befriedigung gewährt worden waren.

Auch im Bezirksvereine Augsburg ergaben sich einige Stimmen für Belassung der Bezirksvereine in der bisherigen Organisation, aber für die Durchführung eines auf alle approbirten Aerzte sich erstreckenden Disciplinarverfahrens auf anderem Wege, etwa ähnlich wie in der bayerischen Rechtsanwaltsordnung.

Bezüglich der einzelnen Punkte des Entwurfes zu einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns wird zu No. 2 die Ansicht des Bezirksvereins Augsburg dahin ausgesprochen, dass dieser Satz sich zwar sehr schön ausnehme, dass er aber, wenn man an seine Geltendmachung in der Wirklichkeit denke, undurchführbar erscheine und deshalb besser als unnöthig weggelassen werde.

Der II. Absatz von No. 8 veranlasste eine lange Discussion, bei welcher für und gegen denselben gesprochen ward. Gegen denselben wurde vorzugsweise betont, dass das unbestreitbare, mit der Approbation erlangte Recht eines jeden Arztes, Krankheiten ohne Unterschied behandeln zu dürfen, nicht anzutasten sei. Auch wurde darauf hingewiesen, dass eine solche Bestimmung gleichfalls nicht durchführbar sei, man denke nur an Verwandte, Freunde und deren Familien, dass sie zu Chicanen aller Art reichlich Anlass geben könnte, dass überdies die Fortbildung den Specialisten unmöglich, jedenfalls sehr erschwert würde.

Für denselben ward angeführt, dass mit diesem Absatz der No. 8 **allein** einem höchst unwürdigen und für das Publikum höchst schädlichen, aber voraussichtlich, namentlich in Städten, immer bedrohlicher sich ausbreitenden Unfug der sogenannten falschen Specialisten wirksam entgegengetreten werden könne. Allzuhäufig wird solcher Titel bei dem Eintritte in die Praxis versuchsweise geführt, um bald damit, wenn er nicht rasch zum Ziele führt, alle mögliche Praxis, auch Cassenpraxis, sich zu verschaffen, ohne den Titel dann abzulegen.

Demjenigen, der nach künftiger Prüfungsordnung Specialist geworden, ein solcher auch bleibt und gelten kann dem Publikum wie dem Collegen gegenüber, dem allein gebühre auch dauernd der grosse Vorzug, diesen Titel zu führen und ihn bekannt zu geben.

Nach solcher Discussion stimmten nur drei Delegirte für den Abstrich dieses Absatzes.

Zu Nr. 21 wünscht Hr. Dr. Waibel, dass hinter dem Worte „dieser davon“ das Wort „schriftlich“ eingefügt werde.

Herr Dr. Lauber wünscht noch weiter, dass nach diesem Worte „schriftlich“ noch weiter eingesetzt werde „durch den Kranken oder dessen Angehörige“.

Die Nr. 25 erschien den Delegirten nicht klar genug gefasst und das Wort „zuzulassen“ nur richtig verständlich im Zusammenhalte mit Nr. 34; auch der Satz „von dem Besitze der Fähigkeit, einem Bezirksvereine anzugehören“ in dieser Nummer scheint nur berechtigt, wenn mit dem Verluste der bürgerlichen Ehrenrechte und für die Dauer desselben die Angehörigkeit zum Bezirksvereine auf Grund der Entziehung der Approbation für solche Dauer erlischt.

Zu der im Entwurfe gewünschten Bestimmung, dass für den Ehrengerichtshof der Aerztekammer als II. Berufungsinstanz das kgl. Staatsministerium des Innern den Vorsitzenden in der Person eines höheren juristischen Verwaltungsbeamten auf bestimmte Zeitdauer ernennen solle, beantragte der Delegirte für den Bezirksverein Dillingen, dass diese Bestimmung nicht eingeführt werde, vielmehr der Vorsitz auch in dieser II. Berufungsinstanz einem Arzte vorbehalten bleibe.

Dieser Antrag wurde mit 1 Stimme Mehrheit von der Kammer abgelehnt.

Damit wäre die Mittheilung der erhobenen Einwände beendet.

VII. **Revision der ärztlichen Taxsordnung für Bayern vom Jahre 1875.**

Bezüglich dieses Antrages, zu welchem der Delegirte des ärztlichen Bezirksvereines Nordschwaben das Referat übernommen hatte und über dessen dabei in Frage kommenden Einzelheiten eine eingehende Erwägung in der gestrigen Vorbesprechung der Delegirten stattgefunden hatte, einigten sich heute sämmtliche Delegirte sowohl bezüglich der Annahme des Wortlautes dieses Antrages, wie solchen einzubringen sämmtliche Aerztekammern dieses Jahr beabsichtigen, als auch in Betreff der Begründung, welche die schwäbische Aerztekammer demselben beizufügen sich veranlasst fühlt.

Im vorigen Jahre wurde von der schwäbischen Aerztekammer auf Antrag des Delegirten für den ärztl. Bezirksverein Nordschwaben der ständige Ausschuss der Kammer beauftragt, sich in Verbindung zu setzen mit den ständigen Ausschüssen der übrigen Aerztekammern behufs Vorbereitung eines Antrages auf Revision der ärztl. Taxordnung vom Jahre 1875, welcher von sämmtlichen Aerztekammern im heurigen Jahre gestellt werden solle.

Diesen Auftrag brachte der ständige Ausschuss der schwäbischen Aerztekammer am 3. Mai l. Js. zur Ausführung; als Resultat davon wird heuer in sämmtlichen bayerischen Aerztekammern ein Antrag folgenden Wortlautes eingebracht und voraussichtlich zur Annahme gelangen.

„Die Aerztekammer richtet an die kgl. Staatsregierung die Bitte, eine Revision der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 18. Dezember 1875, die Gebühren für ärztl. Dienstleistungen in der Privatpraxis betr., vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen.“

In Berücksichtigung des Antrages der schwäbischen Aerztekammer 1896, sowie eines gleichzeitig und in gleichem Betreffe von der Aerztekammer Mittelfrankens gestellten Antrages erklärte auch das kgl. Staatsministerium des Innern in seiner Verbescheidung, die Verhandlungen der Aerztekammern 1896 betr., „dass die kgl. Staatsregierung weiterer Vorlage in der Sache entgegensehe“.

Es wird deshalb Aufgabe der heurigen schwäbischen Aerztekammer sein, die schon dem vorjährigen Antrage beigefügten Motive für den heute wiederholten, in obige Form gebrachten Antrag in Folgendem zu vervollständigen:

I.

Die ärztliche Taxordnung für Bayern vom 18. Dezember 1875 ist einer gründlichen Revision dringend bedürftig. Gründe hiefür sind folgende:

1. Durch grosse Veränderungen in der Zeit seit 1875, insbesondere durch Erhöhung der Preisverhältnisse für alle unentbehrlichen Lebensbedürfnisse, sind die Anforderungen auch an den Arzt für den eigenen und besonders einer Familie Unterhalt ganz wesentlich erhöht worden.

2. Durch die riesigen, mit keinem anderen Zeitabschnitt vergleichbaren Fortschritte der medicinischen Wissenschaft und Technik in den letzten Decennien haben sich die Forderungen an die Ausbildung und Leistungsfähigkeit des einzelnen Arztes in hohem Grade gesteigert.

3. Deshalb stehen nicht nur die Mindest-, sondern auch die Höchst-Gebühren der Taxe von 1875 zum grossen Theile als zu niedrig in keinem Einklang mit diesen so wesentlich veränderten Zeitverhältnissen.

4. Zu letzteren zählen vorzugsweise auch die Umwälzungen, welche sich seit 1875 im Allgemeinen durch die seit einem Jahrzehnt in Kraft getretene soziale Gesetzgebung, in erster Linie durch das Arbeiterkrankencassengesetz, für die Aerzte ergeben haben und für die materiellen Interessen des einzelnen Arztes, wie des ganzen Standes so empfindlich einschneidend sich erweisen.

5. Die Taxordnung von 1875 überlässt wohl in ihrem § 1 die Bestimmung des Honorars für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis zunächst dem Uebereinkommen der Betheiligten und erklärt, zunächst nur in Ermangelung eines solchen, für streitige Fälle die ärztliche Taxordnung als massgebend; sie entspricht damit vollkommen allerdings einem heute noch aufrecht zu erhaltenden Grundsatze. Wenn sie aber in ihrem § 3 die weitere Bestimmung enthält, dass **in der Regel** die niedrigsten Gebühren (aber nicht darunter) anzurechnen sind, wenn Cassen des Staates, der Gemeinden und Wohlthätigkeits-Stiftungen ärztliche Deserviten zu bezahlen haben, so können darunter nur die seit dem Reichskrankenversicherungsgesetze eingerichteten Gemeindekrankenversicherungen subsumirt werden, nicht aber die übrigen Arbeiter-Krankencassen, wie die Knappschafts-, Orts-, Betriebs-(Fabrik-), Bau- und Innungs-Krankencassen, welche fast alle unter dem Minimal-Ansatze, viele zu Spottpreisen, ärztliche Dienstleistungen bezahlen.

6. Die Taxordnung von 1875 ist bezüglich der Aufzählung der einzelnen ärztlichen, wundärztlichen und geburtshilflichen Hilfeleistungen viel zu allgemein gehalten, all zu wenig specialisirt, lässt in Folge dessen einen allzu grossen Spielraum für das richterliche Ermessen und die Begutachtung der Sachverständigen in strittigen Fällen, ebenso für den Amtsarzt in Verwaltungssachen bei Revision von ärztlichen Deserviten, ein Mangel, welcher stets auf's Neue als höchst störend empfunden wird.

So fehlen Taxansätze für Assistenzleistung bei Operationen, für Anlagen einfacher Verbände einer kleineren oder grösseren Wunde, für antiseptische und aseptische Verbände, für Anlegung der Magensonde und für Ausspülung des Magens, für Darmeinläufe, Aderlass, Massage, hydrotherapeutische Verrichtungen, Harn-Untersuchung, Anwendung des scharfen Löffels, für Briefe, die im Interesse des Kranken zu schreiben sind, u. dergl.

7. Die bisherige Taxordnung erweist sich daher im Allgemeinen keineswegs mehr entsprechend der seit 20 Jahren stattgefundenen mannigfachen Ausgestaltung der einzelnen ärztlichen Thätigkeiten.

8. Das Bedürfniss einer Revision unserer bisherigen Taxordnung steht in einem innigen Zusammenhang mit all' den wichtigen Bestrebungen, welche in den mehrfachen Anträgen für neue Organisation und Hebung des ärztlichen Standes Ausdruck finden.

9. Nachdem vollends mit dem 1. Januar ds. Js. eine neue Gebührenordnung für die Aerzte in Preussen in Kraft getreten ist, so drängt sich aus einem Vergleich mit derselben die Ueberzeugung unabweisbar auf, dass unsere bayerische Gebührenordnung, so sehr sie bei ihrem Erlasse gegenüber der alten preussischen Taxordnung einen grossen Fortschritt aufwies, doch den jetzt zeitgemässen Anforderungen nach keiner Richtung mehr genügt, und dass die bayerischen Aerzte gegenüber den preussischen nunmehr in empfindlichster Weise im Nachtheil sich befinden, und doch wird nicht behauptet werden können, dass die sozialen und wirthschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung in Bayern so ganz anders liegen und je nach Oertlichkeiten, Grossstadt, Stadt und Land, nicht in ganz gleicher Weise Verschiedenheiten in Preussen wie in Bayern sich vorfinden, so dass nicht ganz gleich hohe Ansätze hier wie dort zulässig erscheinen könnten.

II.

Für den II. Theil des obigen Antrages, für die Bitte, bei der Revision unserer Taxordnung auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen, sind mehrfache Motive schon im Vorhergehenden enthalten; doch möge noch Folgendem Raum gegeben werden.

1. Diese neue preussische Taxordnung schliesst sich im Grossen und Ganzen den Grundzügen und Gesichtspunkten, zum Theil auch nach Inhalt und Form, unserer bayerischen Taxordnung von 1875 an, erscheint geradezu wie eine der Zeit entsprechende Revision oder Ausgestaltung derselben.

2. Es ist vor Allem darin Rücksicht genommen auf die in Folge der durch die Arbeiterschutzgesetzgebung inzwischen so wesentlich und nachtheilig beeinflusste Lage des ärztlichen Standes und ist die oben erwähnte Lücke in der bayerischen Taxe, welche eine Schliessung so dringlich benöthigt, gerechterweise ausgefüllt. Sie bestimmt in § 2 ihres allgemeinen Abschnittes, dass die niedrigsten Taxansätze auch zur Anwendung gelangen sollen nicht nur, wenn nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände, sowie der Staat oder eine milde Stiftung, sondern auch, wenn Knappschafts- oder Arbeiter-Krankenkassen die Zahlung für ärztliche Dienstleistungen zu leisten haben und bestimmt solches mit dem Zusatze, soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Maass des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen.

3. Mit dem Inhalte eines § wie dieser § 2 kann das Verhältniss der Aerzte zu den Krankenkassen in jeder Beziehung die von Anfang an, allerdings aus Schuld der Uneinigkeit der Aerzte, versäumte befriedigende Regelung wieder finden und dem derzeitigen, für den ärztlichen Stand so beklagenswerthen Zustand Abhilfe zu Theil werden.

4. In der preussischen Taxordnung sind, wie es die veränderten Zeitverhältnisse verlangen und wie es demzufolge gerecht erscheint, wenigstens für die wichtigsten und am häufigsten vorkommenden Verrichtungen die niedrigsten Taxen höher gestellt, vollkommen entsprechend erscheinen aber auch die Maximalansätze.

5. Weit ausführlicher und damit dem Bedürfnisse der einzelnen Aerzte, wie namentlich in strittigen Fällen dem der Richter und Sachverständigen oder Verwaltungsärzten, wirklich entsprechend geht die preussische Taxordnung in grösster Ausführlichkeit auf die Verhältnisse, wie sie sich täglich in der ärztlichen Praxis ergeben, ein und specialisirt in geradezu musterhafter Weise die einzelnen ärztlichen Dienstleistungen und Vornahmen.

6. Die Einführung einer der preussischen Taxordnung möglichst gleichlautenden neuen Taxe in Bayern würde ohne Zweifel andere deutsche Staaten, die zum Theil schon im Begriffe stehen, eine der Zeit entsprechende Revision ihrer ärztlichen Taxordnung vorzunehmen, zu gleichem Thun veranlassen; damit würde mit der Zeit, möglicherweise sogar bald, eine für ganz Deutschland gleichlautende ärztliche Taxordnung in Aussicht gestellt sein.

7. Solche Einheitlichkeit der Taxe entspräche der Freizügigkeit der Aerzte in Deutschland, müsste das Bewusstsein der Zusammengehörigkeit aller deutschen Aerzte stärken und würde einen Baustein weiter bilden für das Ziel der überwiegend grossen Mehrheit der Aerzte seit Decennien, für den Aufbau einer deutschen Aerzteordnung.

8. Dagegen erscheinen klein, wenn auch an und für sich von Bedeutung, die Vortheile und Erleichterungen, welche für die an den Grenzbezirken deutscher Staaten prakticirenden Aerzte aus der Annahme gleicher Taxordnung von Seiten auch nur mehrerer deutscher Staaten sich ergeben würden.

Die schwäbische Aerztekammer gibt sich daher gerne der Hoffnung hin, dass bei einer Revision der ärztlichen Gebührenordnung für die Aerzte Bayerns v J. 1875 die preussische Taxordnung vom 1. Januar ds. Js. so vollständig als möglich derselben zu Grunde gelegt, d. h. lediglich nur insoweit abgeändert werden möchte, als bezüglich einiger Punkte gewisse Bestimmungen des bayerischen Armen- und Krankenpflege-Gesetzes es nothwendig erscheinen lassen würden.

VIII. Feststellung der Anschauungen der ärztlichen Bezirksvereine über die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes.

Sämmtliche ärztlichen Bezirksvereine Schwabens haben ihren Wunsch nach Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes ausgesprochen. Entsprechend den über diesen Gegenstand in den Vereinsversammlungen stattgefundenen Berathungen konnten heute die sämmtlichen Delegirten sich vollkommen einverstanden erklären mit folgender, vom ärztlichen Bezirksvereine Augsburg vorgelegter Constatirung.

Die ärztlichen Bezirksvereine Schwabens haben in ihren Versammlungen die Frage der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes einer eingehenden Berathung unterzogen und mit Stimmeneinhelligkeit unter vollkommener Zustimmung zu den für den diesjährigen 25. Deutschen Aerztetag von dem Referenten Dr. Lent in dem ärztlichen Vereinsblatte Nr. 346 veröffentlichten Grundzügen für seine Berichterstattung über die Ausscheidung der Aerzte aus der Gewerbeordnung und unter Aneignung der auf dieser Basis von demselben aufgestellten vier Thesen beschlossen, auch in der diesjährigen schwäbischen Aerztekammer ihrer Anschauung dahin Ausdruck zu geben:

Dass die Ausübung der Heilkunde ein wissenschaftlicher, ächt humaner Beruf und eine Kunst, aber kein Gewerbe sei,

Dass die Freigabe derselben in erster Linie das öffentliche Wohl, desgleichen aber auch das Ansehen der Aerzte direct und indirect schwer geschädigt habe,

Dass die Voraussetzungen, unter denen die Ausübung der Heilkunde durch die Reichs-Gewerbeordnung freigegeben wurde, sich keineswegs erfüllt haben,

Dass vielmehr solche Freigabe Uebelstände gebracht hat, welche den Reichstag sowohl wie die Bundesregierung schon zu Correcturen veranlasst haben, durch welche diese Freigabe bezüglich mehrerer Punkte wieder eingeschränkt werden sollte, welche Uebelstände aber vorzugsweise von der Gesammtheit der Aerzte mit wenig Ausnahmen als ethische wie materielle Schädigungen sehr schwer empfunden werden,

Dass letzteres zumal eintraf, nachdem durch die Entwickelung der socialen Zustände und der socialpolitischen Gesetzgebung Verhältnisse geschaffen wurden, wie sie bei Einführung der Reichs-Gewerbeordnung nicht vorauszusehen waren,

Dass aus diesen Gründen ein lebhaftes Bedürfniss unter den Aerzten bestehe und als Nothwendigkeit anerkannt werde, dass das Kurpfuschereiverbot in das deutsche Strafgesetzbuch wieder aufgenommen werde und dass damit die Ausübung der Heilkunde den Bestimmungen der Reichs-Gewerbeordnung wieder entzogen und durch eine deutsche Aerzteordnung geregelt werde.

Bei solchem Wunsche verkannten die ärztlichen Bezirksvereine keineswegs, dass möglicherweise mit Herausnahme der Aerzte aus der Gewerbeordnung die damit seinerzeit den Aerzten zugestandenen Vortheile der Freizügigkeit im ganzen Deutschen Reiche, wie sie im § 29 statuirt ist, ebenso die in § 144 zugestandene Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung, deren Verweigerung keinem Strafgesetzparagraphen mehr unterstehen sollte, ferner die Bezahlung der ärztlichen Leistungen nach freiem Uebereinkommen bei Gelten der Taxen nur für streitige Fälle, a priori für die Aerzte wieder in Frage gestellt werden könnte; doch hoffen die ärztlichen Bezirksvereine zuversichtlich und erwarten, dass der Fortbestand dieser für den ärztlichen Stand so schätzbaren Freiheiten anderweitig, d. i. durch Aufnahme entsprechender Bestimmungen in eine Aerzteordnung, gewährleistet werde.

IX. Berichte der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.

Bezirksverein Algäu: Wie bisher so wurden auch 1897 zwei Versammlungen abgehalten: in Kempten und in Kaufbeuren, bei denen eingehende Erörterungen über Vereins- und Standesangelegenheiten, insbesondere über die geplante ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung, stattfanden.

Der Verein zählt 48 Mitglieder, nachdem er 4 durch Wegzug verloren hat, während 6 neue zugegangen sind.

Der bisherige Vorstand: kgl. Bezirksarzt Dr. Ott, Vorsitzender, Dr. Engelhard, Schriftführer, und Dr. Kraft, Cassier, wurde einstimmig wieder gewählt.

Bezirksverein Augsburg: Mitgliederzahl 41, und zwar 29 in der Stadt Augsburg und 12 auf dem Lande domicilirende Aerzte. Ausgetreten durch Uebersiedelung: Medicinalrath und Landgerichtsarzt Dr. Lutz; gestorben: Dr. Bayer, prakt. Arzt in Hirblingen. Eingetreten: Dr. Hedderich, Dr. Hoeber, Dr. Erdt und Dr. Heinsen.

Der Verein hielt 2 Sitzungen: am 17. Juli und am 16. Oktober c.

In ersterer wurden die sämmtlichen Wahlen vorgenommen, die neuen Vereinsstatuten endgiltig festgesetzt und auf das Eingehendste die den deutschen Aerztetag beschäftigenden Fragen, d. i. Schularztfrage und Ausscheidung der Aerzte aus der Gewerbeordnung, berathen. In der letzten Sitzung wurden die an die Aerztekammer gelangenden wichtigen Anträge bezüglich einer Standes- und einer Aerzteordnung für Bayern, sowie bezüglich einer Revision der ärztlichen Taxordnung für Bayern eingehend berathen, welche beide Fragen in der ersten Sitzung bereits eine Vorbesprechung gefunden hatten.

Vorstand: Hofrath Dr. Tröltsch, prakt. Arzt; Schriftführer: Dr. Miehr, prakt. Arzt; Cassier: Hofrath Dr. Lindemann, prakt. Arzt; sämmtliche in Augsburg.

Bezirksverein Dillingen: Derselbe besteht aus 15 Mitgliedern, darunter 4 aus dem Bezirksamte Wertingen.

Vorsitzender: Dr. Sell, kgl. Bezirksarzt in Dillingen; Cassier: Dr. Schweinberger, kgl. Bezirksarzt in Wertingen; Schriftführer: Dr. Wolff, prakt. Arzt in Dillingen.

Im Laufe des Jahres wurden 4 Versammlungen abgehalten, davon 3 in Dillingen und 1 in Wertingen. Die Theilnahme war stets eine ziemlich zahlreiche. Gegenstand der Unterhaltung waren Mittheilungen aus den täglichen Erlebnissen in der Privatpraxis, Besprechung von Standesangelegenheiten; in den beiden jüngsten Versammlungen wurden besprochen: der Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung, ferner der Entwurf zu einer ärztlichen Taxordnung.

Bezirksverein Günzburg-Neuulm: Zahl der Mitglieder 19. — Eingetreten: Dr Döderlein-Leipheim. — Ausgetreten:

Niemand. — Vorstand: kgl. Bezirksarzt Dr. Waibel-Günzburg; Schriftführer und Cassier: prakt. und Bahnarzt Dr. Geissendörfer Günzburg.

2 Sitzungen, abwechselnd in Günzburg und Neuulm. — Besprechungen und Berathungen von Standes- und Vereinsangelegenheiten (Statuten des Vereines, Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung, sowie einer neuen Gebührenordnung); Berichterstattung über die schwäbische Aerztekammer und den XXV. deutschen Aerztetag; Mittheilungen aus der Praxis und für die Praxis.

Bezirksverein Lindau: Zahl der Mitglieder 20; Zugang 4.

Vorsitzender: Dr. Volk, kgl. Bezirksarzt in Lindau; Cassier und Schriftführer: Adolf Kimmerle, prakt. Arzt in Lindau.

Im Laufe des Jahres wurden 2 Hauptversammlungen abgehalten, die eine im Frühjahre (7. April) in Lindau, die andere im Herbste (22. September) in Immenstadt. — Die Betheiligung war eine lebhafte. — Gegenstand der Berathungen waren Standes- und Vereinsangelegenheiten, Discussion und Erledigung der Einläufe und Vorlagen, interessante Fälle aus der Privatpraxis etc. etc.

Ausserdem vereinigten sich während der Wintermonate die Collegen der Stadt und der nächsten Umgebung jeden ersten Mittwoch des Monats zu zwanglosen Besprechungen in der Stadt, während der Sommermonate 2 mal in Wasserburg.

Bezirksverein Memmingen: Derselbe zählt 24 Mitglieder, welche satzungsgemäss 3 mal zur Versammlung einberufen wurden: 6. März, 14. Juni und 13. Oktober.

Leider wurde auch heuer diesem Rufe nicht so Folge geleistet, wie es im Interesse des Vereinslebens wünschenswerth gewesen wäre. Nur 12 Mitglieder nahmen überhaupt an den Versammlungen Theil, davon 4 an jeder, 5 an nur zweien und 3 an je einer. Es ist dies gleich einer Durchschnittsbetheiligung von 8 Mitgliedern. Einzelne Mitglieder glänzen schon seit Jahren durch ihre Abwesenheit bei derartigen Gelegenheiten.

Die höchste Zahl versammelte sich am 14. Juni, an welchem Tage der Verein sein 25 jähriges Stiftungsfest mit einem durch die Anwesenheit der Damen verschönerten Diner feierte.

Als Festgabe wurde bei diesem Anlasse eine geschichtliche Studie des Berichterstatters über „Memminger Aerzte aus der Familie Ehrhart" vertheilt. Aus derselben war zu ersehen, dass Glieder dieser Familie vom Jahre 1671—1826 in ununterbrochener genealogischer Reihenfolge als Amtsärzte in der Stadt Memmingen thätig waren und sich die grössten Verdienste um das öffentliche Wohl und die Wissenschaft erwarben. Der Eine von ihnen, Johann Balthasar Ehrhart, war der bedeutendste Naturforscher (Geolog, Palaeontolog und Botaniker), den das Algäu hervorbrachte; ein Zweiter, Jodocus Ehrhart, stand seinerzeit als hervorragender Geburtshelfer im besten Rufe, während dessen Sohn Gottlieb i. J. 1800 die Schutzpockenimpfung in der Stadt Memmingen und im Kreise Schwaben einführte und sich hiedurch unvergängliches Verdienst erwarb.

Sonstige Gegenstände der Verhandlung waren ausser den inneren Vereinsangelegenheiten und der Vorlage des Einlaufes:

1. Berichterstattung über die Verhandlungen der schwäbischen Aerztekammer und des erweiterten Obermedicinalausschusses pro 1896,
2. der Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte nebst Bestimmungen über die Schieds- und Ehren-Gerichte,
3. die Vertretung der Interessen eines Mitgliedes gegenüber unberechtigter Honorarverweigerung.

An der Herstellung der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten betheiligten sich 11 von den 15 Collegen des Amtsbezirkes = 73,3 Proc.

College Harder-Fellheim demonstrirte einen Kranken mit multiloculaerem Leber-Echinococcus und erfreute ein anderes Mal die Anwesenden durch einen an den von ihm besuchten internationalen Aerzte-Congress in Moskau anknüpfenden, höchst belehrenden Vortrag über „Medicinische Zustände in Russland".

Bezirksverein Nordschwaben: Derselbe zählt z. Zt. 24 Mitglieder.

Zugang 1897: Dr. Kunkel und Dr. Sauerteig, beide in Oettingen, Dr. Sedelmaier-Amerdingen und Dr. Krempl-Holzen.

Abgang 1897: Dr. Besold-Oettingen †, Dr. von Sonnenburg-Karlshuld verzogen, Dr. Fiserius-Amerdingen verzogen und Dr. Greiner, k. Bezirksarzt, Nördlingen, versetzt.

Die 50. Vereinsversammlung fand am 15. Juni hier statt. Den 1. Punkt der Tagesordnung bildete die Wahl des Vorstandes und Delegirten zur Kammer; beide bisherige Vertreter, hochverdient um den Verein und den Stand, liessen sich endlich bewegen, noch ein Jahr zu bleiben.

Dr. Frickhinger stellte den Antrag auf Vermehrung der Vereinsversammlungen. Wegen der Ungunst der Eisenbahnverbindungen konnte zunächst nur für die nordwestlichen Mitglieder des Vereins eine „Zwischenversammlung" in Nördlingen in Aussicht genommen werden.

Es folgte dann seitens des Delegirten das Referat über die letzten Kammerverhandlungen.

Den nächsten Punkt der Tagesordnung bildete die Besprechung der Wiedereinführung des Pfuschereiverbotes und eine „Vorbesprechung" des Dörfler'schen Entwurfes einer gemeinsamen Standesordnung.

Der schriftlich eingelaufene Antrag des norddeutschen Collegen Melzer auf Schaffung einer allgemeinen deutschen Wittwencasse wurde als für Bayern nicht vordringlich abgelehnt.

Den Schluss bildete die Rechnungsablage.

Die angeregte Zwischenversammlung fand am 1. Juli in Nördlingen statt (10 Theilnehmer); es wurden hier in ungezwungener Form Fälle aus der Praxis und dem Standesleben erörtert.

Die Herbstversammlung (51. Vereinsversammlung) wurde wieder in Donauwörth abgehalten (4. October).

Zunächst wurde die Verbescheidung der k. Staatsregierung auf die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern mitgetheilt und erörtert.

Den Haupttheil der Verhandlungen nahm die Berathung des Entwurfes (Dörfler) einer ärztlichen Standesordnung ein.

Bei der Berathung der Revision der Gebührenordnung für das ärztliche Personal vom 18. Dezember 1875 erfolgte allgemeine Annahme des bereits Gesetzeskraft besitzenden preussischen Musters en bloc.

Ad V der Tagesordnung.

Nachdem Herr Kreismedicinalrath seinen Bericht in extenso vorzutragen die Güte hatte und dabei die Aerztekammer mit grossem Interesse, zumal einzelnen von dessen Abschnitten, gefolgt war, sprach der Vorsitzende dem Herrn Berichterstatter im Namen der Kammer den verbindlichsten Dank aus für die der Kammer damit erwiesene Freundlichkeit und Anregung.

X. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.

Herr Dr. Holler nimmt dabei Bezug auf die bereits in der Vorbesprechung den Delegirten ausführlich gemachte Mittheilung über den Verlauf und die Resultate der Sitzung, welche im Ganzen durch die Presse bereits bekannt sind, bezüglich deren er aber vorzugsweise erklären wollte, warum es ihm nicht möglich war, alle einzelnen Wünsche der schwäbischen Aerztekammer zur Berücksichtigung zu bringen.

Der Vorsitzende dankte im Namen der Kammer Herrn Dr. Holler für seine Vertretung sowohl, wie für seine ausführliche Berichterstattung.

Den gleichen Dank glaubt der Vorsitzende auch Herrn Dr. Waibel als Vertreter der Mehrzahl der Bezirksvereine bei dem XXV. deutschen Aerztetage aussprechen zu dürfen, wiewohl dieser Gegenstand gemäss der neuen Geschäftsordnung die Delegirten von jetzt ab ausserhalb der Kammer beschäftigen wird.

XI. Antrag des ärztlichen Bezirksvereines Algäu

Diesen Antrag mit Begründung bringt Herr Dr. Wille wie. folgt vor die Kammer:

Antrag:

„Es möge Seitens der schwäbischen Aerztekammer bei der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Schwaben und Neuburg eine Anregung dahin gegeben werden, dass in Zukunft die Zeugnisse für diese Berufsgenossenschaft gleichmässig mit 5 M. honorirt werden."

Begründung:

Ursprünglich wurden für diese Gutachten 8—10 M. bezahlt. Vor mehreren Jahren nun erging vom Vorstande der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft an sämmtliche Aerzte des Kreises die Anfrage, ob sie nicht mit einem Durchschnittshonorar von 5 M. für jedes Gutachten zufriedengestellt wären, und mit der ausdrücklichen Begründung, dass ja manche Atteste mit nur ein Paar Zeilen gefertigt werden könnten. Die Aerzte scheinen mit diesem Vorschlage einverstanden gewesen zu sein, denn von da an wurde jedes Gutachten mit 5 M. honorirt.

Seit jüngster Zeit nun wird ein sogenannter „erneuter Bericht" nur mehr mit dem Honorar von 3 M. bedacht und es ist vielleicht die Befürchtung nicht ausgeschlossen, es könnte in Bälde ein „erneutester" Bericht erfordert und mit einem wo möglich noch geringeren Honorar gewürdigt werden.

Bei der ersten Etappe der Decadence dieses ärztlichen Honorars von 10 auf 5 Mark wurden nun doch noch die Aerzte bezüglich ihres Einverständnisses befragt; bei der zweiten von 5 auf 3 Mark scheint eine derartige Rücksichtnahme nicht mehr für nöthig befunden worden zu sein, denn die Collegen meines Vereines haben diese Aenderung nur daran erkannt, dass in ihren Liquidationen statt der schwarzen Zahlen rothe, mit niedrigerem Taxansatze, eingestellt waren.

Ich habe nun diesen „erneuten" 3 Mark-Bericht mit dem früheren weiteren 5-markigen verglichen, und wenn ich mich auch der einzelnen Fragen nicht mehr genau entsinne, so ist mir doch der Eindruck geblieben, dass in ersterem all' das in 5 Fragen einbezogen wurde, was in letzterem in sieben gefragt war.

Ausserdem glaube ich, dass jeder Arzt, der bei seinen Handlungen von dem Bewusstsein seiner Pflicht erfüllt ist, in jedem Falle von Begutachtung gleich genau untersuchen wird, und es ist mir vorgekommen, als wenn es viel schwieriger wäre, den Grad einer eingetretenen Besserung objektiv richtig zu beurtheilen, als die Höhe des Procentsatzes der Erwerbsbeschränktheit in Fällen frischer Verletzung. Ob dabei ein Paar Zeilen mehr oder weniger geschrieben werden müssen, ist meines Erachtens irrelevant

und wohl Niemand von uns wird den Werth eines ärztlichen Gutachtens nach der Zahl der geschriebenen Worte taxiren.

Ich habe deshalb von dem ärztlichen Bezirksvereine Algäu den Auftrag, mich dahin zu äussern, dass die schwäbische Aerztekammer ersucht wird, gegen jede Herabminderung des ärztlichen Honorars in Unfallsgutachten, insbesondere seitens der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft ganz entschieden Stellung zu nehmen.

Denn schon wollen sich auch andere Berufsgenossenschaften dieses Vorgehen, der wohl ersten, und von einem kgl. bayer. höheren Staatsbeamten geleiteten Berufsgenossenschaft zum Nachtheile der Aerzte zu Nutze machen.

Die Aerzte sind durch die neue sozialpolitische Gesetzgebung auch materiell auf's Empfindlichste geschädigt worden. Beweise hiefür scheinen überflüssig. Mehr können sie nicht leisten, ohne ihre Existenz selbst zu untergraben.

Schliesslich noch eine nebensächliche Bemerkung: In neuester Zeit finden sich auf den ärztl. Liquidationen bisweilen Randglossen, die vielleicht weniger schlimm gemeint sind, als sie recht unangenehm berühren können, z. B. „ist aber genug!“ oder „ist die Tagesdiät nicht genug und soll auch noch das Gutachten separat honorirt werden?“ u. s. f. Ich habe dies auftragsgemäss nachdrücklichst zu betonen. Nach meinen vorigen Ausführungen erledigt sich diese Gepflogenheit wohl von selbst.

Nach der hierauf gepflogenen Discussion erklärt die Kammer einstimmig diesen Antrag für vollkommen berechtigt und zugleich als dringlich zur Vermeidung der von anderen Berufsgenossenschaften aus dem Vorgehen der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft zu besorgenden, ja bereits schon versuchten, Consequenzen und beschliesst mit grosser Majorität, dass der ständige Ausschuss der Kammer diesen Antrag sammt Begründung an den Herrn Vorstand der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft einreichen soll.

Der Vorsitzende schliesst, nachdem auf seine Aufforderung Niemand mehr das Wort zu ergreifen wünscht, die Versammlung

Mittags 12½ Uhr.

Der Vorsitzende: Dr. Troeltsch. Der Schriftführer: Dr. Miehr.

Anmerkung. Der in den Protokollen mehrfach erwähnte Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung war bereits in Nr. 48 d. W., S. 1373, abgedruckt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verzogen: Dr. Johann Bachhammer von Regensburg nach Palling in Oberbayern. Friedrich Nürnberger von Burgkundstadt nach Höchstadt a/A.

Befördert im Beurlaubtenstande: zu Stabsärzten in der Reserve die Assistenzärzte 1. Classe Dr. Karl Lukas (I. München), Dr. Eduard Rölig (Nürnberg), Dr. Ernst Wermuth (Aschaffenburg), Dr. Hugo Flatow und Dr. Arthur Mertsching (Hof), dann Dr. Karl Rumpf (Kaiserslautern); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte 1. Classe Dr. Walther Felix (Kempten), Dr. Karl Sing (Augsburg), Dr. Gottfried Trötsch (Ansbach), Dr. Theodor Einstein (Würzburg), Dr. Hermann Glatschke und Dr. Paul Tschinke (Hof), dann Dr. Heinrich Schäfer (Ludwigshafen); in der Landwehr 2. Aufgebots den Assistenzarzt 1. Classe Dr. Reinhold Rilling (Straubing); zu Assistenzärzten 2. Classe in der Reserve die Unterärzte Dr. Friedrich Müller, Dr. Wladislaus Zietak, Dr. Gottlieb Olpp, Dr. Victor Vogel, Dr. Maximilian Kahn und Dr. Friedrich Knevels (I. München), Dr. Heinrich Brauser (Regensburg), Dr. Eduard Schmitt (Landau), Dr. Wilh. Miller (Kempten), Dr. Norb. Theilheimer und Dr. Maximil. Britzelmayr (Augsburg), Gustav Deutsch und Dr. Michael Gernert (Würzburg), Dr. Alois Lorenz (Aschaffenburg); in der Landwehr 1. Aufgebots die Unterärzte Dr. Karl Perrenon (I. München) und Dr. Wilhelm Floer (Würzburg).

Versetzt: Der k. Bezirksarzt Dr. Karl Goetz in Hersbruck seiner Bitte entsprechend auf die Bezirksarztesstelle in Nördlingen; der Oberstabsarzt 1. Classe Dr. Herrmann des 2. Inf.-Reg. zum Kriegsministerium; der Assistenzarzt 2. Cl. Emil Becker des 22. Inf.-Reg. zur Reserve des Sanitätscorps.

Ernannt: Der k. Hofrath, Universitätsprofessor Dr. Albert Hilger in München, zum ausserordentlichen Mitgliede des k. Obermedicinalausschusses für pharmaceutische Angelegenheiten; seitens des Generalstabsarztes der Armee wurde der einjährig-freiwillige Arzt Pankraz Lutz des Inf.-Leib-Reg. zum Unterarzt in diesem Regiment ernannt und mit Wahrnehmung einer offenen Assistenzarztstelle beauftragt.

Gestorben: Dr. Eduard Lerch, prakt. Arzt in Floss, 57 J. alt.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat October 1897.

1) Bestand am 30. September 1897 bei einer Kopfstärke des Heeres von 55266 Mann, 209 Kadetten, 17 Invaliden, 150 U.-V.[1]): 705[2]) Mann, 2 Kadetten, 2 Invalide, — U.-V.

2) Zugang: im Lazareth 1158 Mann, 2 Kadetten, 1 Invaliden, 12 U.-V.; im Revier 2656 Mann, 12 Kadetten, — Invaliden, — U.-V. Summe 3814 Mann, 14 Kadetten, 1 Invaliden, 12 U.-V. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges 4519 Mann, 16 Kadetten, 3 Invaliden, 12 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 81,76 Mann, 76,55 Kadetten, 176,47 Invaliden und 80,0 U.-V.

[1]) U.-V. = Abkürzung für Unteroffiziers-Vorschüler.

[2]) Das Minus von 3 Mann gegenüber dem Septemberrapport entstand durch einen Nachtragsbericht des II. Armeecorps.

3) Abgang: geheilt 2725 Mann, 16 Kadetten, — Invaliden, 3 U.-V.; gestorben 5 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; invalide 43 Mann; dienstunbrauchbar 26 Mann; anderweitig 150 Mann, — Kadetten, — Invaliden, — U.-V.; Summa: 2949 Mann, 16 Kadetten, — Invaliden, 3 U.-V.

4) Hiernach sind geheilt 652,57 von 1000 der Kranken der Armee, 1000,0 von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und 250,0 von 1000 der erkrankten U.-V.; gestorben 1,10 von 1000 der Kranken der Armee, — von 1000 der erkrankten Kadetten, — von 1000 der erkrankten Invaliden und — von 1000 der erkrankten U.-V.

5) Mithin Bestand am 31. October 1897: 1570 Mann, — Kadetten, 3 Invaliden und 9 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 28,48 Mann, — Kadetten, 176,47 Invaliden und 750,0 U.-V. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 976 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden und 9 U.-V.; im Revier 594 Mann, — Kadetten, 2 Invaliden und — U.-V.

Von den in Militärlazarethen Gestorbenen haben gelitten an: Unterleibstyphus 1, Lungentuberculose 1, Lungenentzündung 1, Herzklappenerkrankung 1, Schussverletzung des Gehirns (Unglücksfall) 1; ferners starb noch 1 Mann in Urlaub an acuter Herzlähmung (Fettdegeneration des Herzmuskels) und endeten 3 durch Selbstmord (2 durch Erschiessen und 1 durch Ertrinken, dessen Leiche am 24. September c. in Wies in Oberösterreich durch die Donau angeschwemmt wurde).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 47. **Jahreswoche** vom 21. November bis 27. November 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 13 (20*), Diphtherie, Croup 39 (25), Erysipelas 7 (13), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber — (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 256 (183), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 6 (2), Parotitis epidemica — (1), Pneumonia crouposa 16 (22), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 20 (19), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 15 (24), Tussis convulsiva 29 (20), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 34 (27), Variola, Variolois — (—). Summa 437 (391). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 47. Jahreswoche vom 21. November bis 27. November 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern — (4*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 6 (6), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber 2 (2), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall — (4), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 1 (3), Croupöse Lungenentzündung 1 (3), Tuberculose a) der Lungen 20 (14), b) der übrigen Organe 4 (9), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten — (2), Unglücksfälle — (9), Selbstmord — (—), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 173 (221), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 21,5 (27,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,8 (16,4), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 12,5 (13,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.